

Nærmeste pårørendes rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven

Kandidatnummer: 753

Leveringsfrist: 25.04.2015

Antall ord: 15 410



Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING	1
1.1	Innledning.....	1
1.2	Problemstilling og avgrensning.....	2
1.2.1	Problemstilling	2
1.2.2	Avgrensning	2
1.3	Rettskilder og metode.....	2
1.4	Den videre fremstilling.....	2
2	BAKGRUNNSRETT	2
3	NÆRMESTE PÅRØRENDE.....	4
4	PASIENTENS SAMTYKKEKOMPETANSE	5
4.1	Helserettslig myndighetsalder	6
5	BARN.....	7
5.1	Barnets medbestemmelsesrett og selvbestemmelsesrett	7
5.2	Samtykke på vegne av barn under 16 år	8
5.3	Samtykkekompetanse på vegne av ungdom mellom 16-18 år.....	11
5.4	Foreldrenes samtykke til tvang på vegne av barn under 16 år	13
5.5	Foreldrenes rett til medvirkning	15
5.6	Foreldrenes rett til informasjon om barnet	16
5.7	Foreldrenes innsynsrett i barns journal	17
5.8	Særlige rettigheter for foreldre	17
5.9	Når barn er den nærmeste pårørende.....	19
6	PASIENTER MED SAMTYKKEKOMPETANSE	19
6.1	Pårørendes rett til medvirkning	20
6.2	Informasjon til pårørende når pasienten er samtykkekompetent	20
6.3	Rett til innsyn i journal	21
7	PASIENTER OVER 18 UTEN SAMTYKKEKOMPETANSE.....	23
8	UMYNDIGGJORT PASIENT	26
9	DØD PASIENT.....	29
9.1	Rett til informasjon.....	29

9.2	Rett til innsyn i journal	30
9.3	Obduksjon	30
10	RETTIGHETER FOR PÅRØRENDE SOM GJELDER UAVHENGIG AV HVEM PASIENTEN ER	32
10.1	Pårørendes rett til medvirkning ved utarbeidelse av individuell plan.....	32
10.2	Retting og sletting av journalopplysninger	33
10.3	Rett til å klage for samtlige pårørende	35
10.4	Klageadgang på vegne av pasienter over 18 år uten samtykkekompetanse	38
10.5	Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd	42
11	ØKT RETTIGHETSVERN	43
	LITTERATURLISTE.....	47

1 Innledning og problemstilling

1.1 Innledning

Frem til 1980-årene var helsevesenet bygd på en behandlingsmodell hvor helsepersonellet selv styrte pasientbehandlingen.¹ Før vedtakelsen av pasient- og brukerrettighetsloven hadde vi ingen samlet lov om pasientrettigheter i Norge, men en rekke lovfestede pasientrettigheter nedfelt i ulike særlover.² Pasientrettighetene var da formet som pliktregler overfor det offentlige, og ikke som rene rettighetsbestemmelser for den enkelte pasient.³ Behovet for å styrke pasienters rettsstilling på helserettens område kom til syne etter hvert som man i større grad begynte å regelfeste lover og forskrifter.⁴ Det ble lagt økt vekt på enkeltindividers interesser og rettsbeskyttelse fra 1980-årene, og den politiske debatten som fulgte årene etter, ledet til vedtakelsen av syv viktige helselover ved helserettsreformen i 1999 og 2001.⁵ Helselovgivningen er i dag preget av økt rettighetsvern, hvor prinsippet om pasientautonomi er sentralt.

Det er ikke bare vår egen helse og sykdom vi bryr oss om. Når ektefelle, barn, familie eller andre som står oss nær blir syke, kan det ha stor innvirkning på oss. Ektefelle, barn og andre familiemedlemmer får i mange tilfeller en sentral rolle ved en nærståendes sykdom. Pårørende vil som regel være en viktig ressurs for pasienten som støttespiller gjennom sykdomsperioden. Videre har pårørende kjennskap til pasientens livshistorie, og kan bidra ved å gi informasjon om pasienten til arbeidende helsepersonell.

Pårørende kan ha direkte ansvar for pasienten, for eksempel i rollen som foreldre eller verge, eller gjennom støtte- og oppfølgingsfunksjoner for pasienten. Enkelte rettigheter kan utøves av pårørende på selvstendig grunnlag, men de fleste rettigheter utøves ved at pårørende trer inn i pasientens sted når pasienten ikke kan ivareta sine rettigheter selv.⁶

Tema for oppgaven er nærmeste pårørendes rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven.

¹ Syse (2015) s. 31.

² Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 21.

³ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 21.

⁴ Syse (2015) s. 31.

⁵ Kjønstad (2007) s. 59.

⁶ Syse (2015) s. 144.

1.2 Problemstilling og avgrensning

1.2.1 Problemstilling

I det følgende vil jeg foreta en generell framstilling de lege lata av nærmeste pårørendes selvstendige rettigheter og deres rettigheter på vegne av pasienter. Avslutningsvis vil jeg kort berøre hvorvidt dagens rettstilstand er tilfredsstillende, og om pårørende bør få en styrket rolle.

1.2.2 Avgrensning

Oppgaven er hovedsakelig avgrenset til pårørendes rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven. Annen lovgivning får imidlertid betydning ved utøvelsen av rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven. Jeg vil derfor komme inn på bestemmelser i helsepersonelloven, vergemålsloven, barneloven og enkelte andre lover.

1.3 Rettskilder og metode

Oppgaven er basert på alminnelig juridisk metode. I helseretten er loven den praktisk viktige rettskilden, og forskrifter utgjør en stor del av regelstoffet.⁷ Det er hovedsakelig lov, forarbeider og forskrifter jeg har anvendt som rettskilder. Jeg har også brukt ulike databaser til kilde-søk, blant annet Lovdata, Gyldendal Rettsdata og Oria. Videre har jeg anvendt både juridisk og medisinsk litteratur, lovkommentarer, tidsskrifter, artikler, rettsavgjørelser, veiledere og tolkningsuttalelser fra offentlige organer.

1.4 Den videre fremstilling

Videre vil jeg kort redegjøre for bakgrunnsrett og enkelte begreper jeg bruker i avhandlingen. Deretter vil jeg gjøre rede for pårørendes rettigheter med utgangspunkt i pasient- og brukerrettighetslovens system, inndelt etter hvorvidt pasienten er barn, myndig, under vergemål, eller død. I punkt 10 gjør jeg rede for rettigheter som gjelder alle pårørende, uavhengig av hvem pasienten er. I punkt 11 gis en kort oppsummering av oppgaven og noen avsluttende bemerkninger.

2 Bakgrunnsrett

Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. Juli 1999 nr. 63, heretter forkortet pbrl., skal blant annet bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter

⁷ Kjønsstad (2007) s. 58.

og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten jf. pbrl. § 1-1.⁸ Videre har loven som formål å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd. Pårørende er blant annet gitt rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 om rett til medvirkning og informasjon, kapittel 4 om samtykke til helsehjelp, kapittel 5 om rett til journalinnsyn og i kapittel 7 om klage.

Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64, heretter forkortet hpl., har som formål å bidra til pasienters sikkerhet, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.⁹ Der pasienter og brukere er gitt rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven, er helsepersonell ofte pålagt tilhørende plikter etter helsepersonelloven. Slik sett kan man si at pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven er en avspeiling av hverandre.¹⁰ Helsepersonellets arbeid skal utføres «i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som pasienten kan forvente ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» jf. hpl. § 4. Forsvarlighetskravet gjelder alle helsearbeidere ved utøvelse av helsehjelp og gir uttrykk for en rettslig standard.¹¹ Kravet til forsvarlighet er en viktig retningslinje for all pasientbehandling etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Lov om barn og foreldre av 4. august 1981 nr. 7, heretter forkortet bl., regulerer forholdet mellom barn og foreldre. Foreldreansvarets innhold reguleres i barnelovens kapittel 5. Når de nærmeste pårørende er foreldrene til en pasient under myndighetsalder, vil bestemmelser i barneloven gi føringer for utøvelse av foreldrenes rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven. Den aller viktigste føringen for rettigheter som utøves på vegne av barnet, er hensynet til barnets beste. Prinsippet om barnets beste kommer til uttrykk i bl. § 30 første ledd som fastslår at foreldreansvaret skal utøves ut fra barnet sine interesser og behov.

FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989, heretter forkortet Barnekonvensjonen, ble ratifisert av Norge 8. januar 1991. Barnekonvensjonen ble inkorporert i norsk rett i 2003 ved menneskerettighetsloven av 21. mai 1999 nr. 3 for å synliggjøre konvensjons-

⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven.

⁹ Helsepersonelloven.

¹⁰ Syse (2015) s. 38.

¹¹ Kjønstad (2007) s. 219.

forpliktelsene.¹² Barnekonvensjonen gjelder som norsk lov og går foran andre bestemmelser i lovgivningen ved motstrid jf. forrangsbestemmelsen nedfelt i menneskerettighetsloven § 3 jf. § 2 nr. 4.¹³ Prinsipper og bestemmelser om barns rettigheter i Barnekonvensjonen får betydning som tolkningsfaktor for bestemmelser om barns rettigheter i annen lovgivning, herunder barneloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Lov om vergemål av 26. mars 2010 nr. 9, heretter forkortet vml., gjelder personer under vergemål, verger og fullmaktsforhold. Loven regulerer vergetrengende personers adgang til å foreta rettslige handlinger og råde over egne midler, og vergens kompetanse på vegne av den som er satt under vergemål jf. vml. § 1.¹⁴ Nærmeste pårørende eller andre pårørende kan oppnevnes som verge for pasienten. Vergemålsloven kan gi føringer for pårørendes utøvelse av rettigheter på vegne av pasienten etter pasient- og brukerrettighetsloven. Stortinget vedtok ny vergemålslov i 2010, som sammen med ny forskrift og endringer i andre lover trådte i kraft fra 1. juli 2013. Formålet med revisjonen var å sikre beskyttelse av de vergetrengendes interesser ved tydeliggjøring av begreper som rettslig handleevne og medinnflytelse, og økt rettsikkerhet og integritet.¹⁵

3 Nærmeste pårørende

«Nærmeste pårørende» er en mer snever definisjon enn «pårørende». Det er kun dem som er betegnet som nærmeste pårørende som er tillagt rettigheter og oppgaver etter pasient- og brukerrettighetsloven.¹⁶ Det er derfor viktig å avklare hvem som er den nærmeste pårørende. Den formelle definisjonen fremgår av pbrl. § 1-3 første ledd bokstav b, og er «den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende». Hvis pasienten ikke er i stand til å oppgi noen, skal nærmeste pårørende være den som «i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten» med utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre fami-

¹² Syse (2015) s. 327.

¹³ Menneskerettsloven.

¹⁴ Vergemålsloven.

¹⁵ Vergemal.no.

¹⁶ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 126.

liemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området.

Hovedregelen etter pbrl. § 1-3 første ledd bokstav b, er at pasienten velger den nærmeste pårørende selv. Hvis pasienten foretar et valg, får pasientens selvbestemmelsesrett gjennomslagskraft, selv om den valgte personen ikke er med på den opplistede rekkefølgen i § pbrl. 1-3 b.¹⁷ Pasienten kan for eksempel velge en god venn som sin nærmeste pårørende.

Det nevnes ikke noe om hvem som skal utpeke den nærmeste pårørende for pasienten hvis pasienten ikke velger noen, eller ikke er i stand til å oppgi noen i pbrl. § 1-3. Helsepersonell må i slike tilfeller vurdere den lovoppstilte rekkefølgen av personer, og foreta et valg basert på hvem som kan antas å ha mest varig og løpende kontakt med pasienten.¹⁸

I veileder for helsepersonell utarbeidet av Helsedirektoratet, legges det til grunn at arbeidende helsepersonell må velge den nærmeste pårørende for pasienten, ut fra hvem pasienten sannsynligvis ville ønsket og hvem som fremstår som mest aktuell.¹⁹ Det er mulig å gå ut over oppregningen som følger av pbrl. § 1-3 bokstav b.

Ordlyden i pbrl. § 1-3 bokstav b utelukker ikke at pasienten kan velge flere enn en som sin nærmeste pårørende. Det finnes ingen bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer forholdet mellom pårørende hvis pasienten velger flere enn en. Til sammenligning reguleres kompetanseforholdet mellom verger i vml. § 18 første ledd. Vergene skal handle i fellesskap når ikke annet er særskilt bestemt. Av hensyn til harmoni i rettssystemet, kan det etter mitt syn være naturlig å legge samme løsning til grunn i pasient- og brukerrettighetsloven.

4 Pasientens samtykkekompetanse

Legalitetsprinsippet på forvaltningsrettens område går ut på at offentlige myndigheter ikke kan gripe inn overfor enkeltindivider uten hjemmel i lov. Dette gjelder også på helserettens område. Det rettslige grunnlaget for å yte helsehjelp fremgår av pbrl. § 4-1 som lovfester kra-

¹⁷ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 126.

¹⁸ Syse (2015) s. 164.

¹⁹ Helsedirektoratet (2008) IS-1512 s. 22.

vet om informert samtykke.²⁰ I helsevesenet er pasientens eget samtykke det praktisk viktigste hjemmelsgrunnlaget, ettersom helsehjelp i utgangspunktet bygger på frivillighet.²¹

Hovedregelen etter pbrl. § 4-1 er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å yte helsehjelp. Samtykkekravet gjelder for alle sider av helsemessig virksomhet som pasienter undergis eller medvirker i.²² For at samtykket skal være gyldig må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jf. pbrl. § 4-1 første ledd siste punktum.

Krav til samtykkets form fremgår av pbrl. § 4-2. Samtykke kan gis enten uttrykkelig eller stilltiende. Det anses å foreligge stilltiende samtykke dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at vedkommende godtar helsehjelpen.

Ulike krav til pasientens tilstand er nedfelt i pbrl. § 4-3. Pasienten må ha de nødvendige personelle forutsetninger som kreves for å kunne avgi gyldig samtykke til helsehjelp, herunder tilstrekkelig grad av forståelse av situasjonen og av samtykkets konsekvenser.²³

For pasienter som mangler samtykkekompetanse, oppstilles representasjonsregler i pbrl. §§ 4-4, 4-6 og 4-7. Utrekningen og omfanget av pårørendes rettigheter vil variere med pasientens tilstand. Pasientens situasjon må avklares for å se hva slags rolle pårørende har.

4.1 Helserettslig myndighetsalder

Personer som har fylt 18 år, og som ikke helt eller delvis er fratatt den rettslige handleevnen, er myndige jf. vml § 2.²⁴ Myndige personer har i utgangspunktet full selvbestemmelsesrett i helsespørsmål.²⁵ Den helserettslige myndighetsalder inntreffer ved fylte 16 år jf. pbrl. § 4-3 første ledd bokstav b, og fra dette tidspunkt skal man betraktes som voksne i helserettslig forstand.

²⁰ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 132.

²¹ NOU 1992:8 s. 85.

²² Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 132.

²³ Syse (2015) s. 388.

²⁴ Vergemålsloven.

²⁵ Syse (2015) s. 382.

5 Barn

5.1 Barnets medbestemmelsesrett og selvbestemmelsesrett

Barn har selvbestemmelsesrett i enkelte spørsmål og medbestemmelsesrett i de fleste situasjoner. Den alminnelige forutsetning for prinsippet om medbestemmelse juridisk sett, er at den formelle bestemmelsesrett ligger hos noen andre, og retten til medbestemmelse omhandler muligheten til å påvirke innholdet av avgjørelser som treffes av andre.²⁶ Når pasienten er et barn, ligger den formelle bestemmelsesretten hos foreldrene.

Barn har lovfestet medbestemmelsesrett fra de er syv år, men også yngre barn har rett til å uttale seg når de er modne nok jf. bl. § 31 annet ledd.²⁷ Barn har en viss rett til selvbestemmelse i helsespørsmål fra de har fylt tolv år jf. pbrl. § 3-4 annet ledd, og alminnelig selvbestemmelsesrett fra de er 16 år.²⁸

Barnekonvensjonen forplikter alle konvensjonsparter å respektere og sikre rettigheter for barn. Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barnet, og retter seg mot både offentlige og private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter og lovgivende organer jf. Barnekonvensjonen art. 3 nr. 1.²⁹

Prinsippet om barns medbestemmelsesrett er nedfelt i Barnekonvensjonen art. 12. Staten skal «garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet» jf. art. 12 nr. 1. Prinsippet om barnets rett til å uttale seg og til å bli hørt, har fått stor betydning for lovgivningen i de land som har ratifisert Barnekonvensjonen, også i Norge.³⁰

Det ble i mai 2014 vedtatt en ny bestemmelse om barns rettigheter i Grunnloven § 104, heretter forkortet Grl.³¹ Etter Grl. § 104 første ledd har barn rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med alder og utvikling.

²⁶ Aasen (2008) s. 17.

²⁷ Barneloven.

²⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven.

²⁹ Barnekonvensjonen.

³⁰ Syse (2015) s. 326.

³¹ Kunngjøring av redigert versjon av Grunnloven kap. E og F.

Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved handlinger og avgjørelser som berører barn, jf. Grl. § 104 annet ledd, og etter Grl. § 104 tredje ledd har barnet rett til vern om sin personlige integritet.

Barnets rett til medbestemmelse er nedfelt i barneloven § 31. Bestemmelsen i bl. § 31 første ledd fastslår at barnet har rett til å være med på avgjørelser som angår det. Videre skal foreldrene høre på hva barnet har å si før de tar avgjørelser om personlige forhold for barnet etter hvert som barnet er i stand til å danne seg egne synspunkter. Barnets rett til selvbestemmelse er nedfelt i bl. § 33, som fastslår at foreldrene skal gi barnet større selvråderett med alderen og fram til det fyller 18 år.

Regler om barns rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven må sees i sammenheng med barnelovens alminnelige bestemmelser om barns uttalerett.³² Når foreldrene utøver myndighet på vegne av barn i helserelaterte spørsmål, må de ta hensyn til prinsipper om barns rett til med- og selvbestemmelse i barnelovens bestemmelser.

5.2 Samtykke på vegne av barn under 16 år

Hovedregelen etter pbrl. § 4-4 første ledd er at «foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år». Avgjørelser om helsehjelp faller inn under foreldreansvaret etter bl. kapittel 5.³³ Foreldre som ikke har foreldreansvar, kan ikke avgi gyldig samtykke på vegne av barnet. Hvis foreldrene har felles foreldreansvar, må de ta avgjørelser om helsehjelp i fellesskap. Det foreligger ikke gyldig samtykke hvis en av foreldrene nekter.³⁴

Det er oppstilt to unntak fra hovedregelen i pbrl. § 4-4 annet ledd om at det må foreligge samtykke fra begge foreldrene. Det er tilstrekkelig med samtykke fra én forelder for helsehjelp som regnes som «ledd i den daglige og ordinære omsorgen», etter pbrl. § 4-4 annet ledd bokstav a. Eksempler på helsehjelp som anses som ledd i den daglige og ordinære omsorgen for barnet, er behandling av alminnelige barnesykdommer som øreverk, halsbetennelse, influensa

³² Syse (2015) s. 330.

³³ Syse (2015) s. 430.

³⁴ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 133.

og skrubbsår.³⁵ Ordinære legebesøk for å få hjelp til slike sykdommer kan gjennomføres av en forelder uten samtykke fra den andre.³⁶

Etter pbrl. § 4-4 annet ledd bokstav b er det tilstrekkelig med samtykke fra én forelder når det er tale om helsehjelp som «kvalifisert helsepersonell mener er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade». Før helsehjelp etter bokstav b gis, skal begge foreldrene få si sin mening så langt det er mulig, jf. pbrl. § 4-4 tredje ledd.

Bestemmelsen i pbrl. § 4-4 annet ledd bokstav b er en unntaksbestemmelse fra hovedregelen i § 4-4 første ledd og bl. § 30 om at større avgjørelser i barnets liv må tas av foreldrene i fellesskap når de har felles foreldreansvar.³⁷ En typisk situasjon hvor unntaksbestemmelsen i bokstav b kommer til anvendelse, er der foreldrene er uenige om barnet skal ha helsehjelp eller ikke, eller hvor det ikke er mulig å få avklart begge foreldrenes synspunkt.³⁸

Den av foreldrene som ikke får medhold hos helsepersonellet, kan påklage beslutningen til Fylkesmannen etter reglene i pbrl. kapittel 7, jf. pbrl. § 4-4 tredje ledd. Helsepersonellet skal orientere foreldrene om denne klageadgangen.³⁹ Se nærmere om pårørendes klagerettigheter i avhandlingens kapittel 10.

De alminnelige reglene om foreldrenes rett til informasjon og medvirkning ved helsehjelp til barn jf. pbrl. §§ 3-4 og 5-1 fjerde ledd, gjelder selv om bare én av foreldrene samtykker til helsehjelpen.⁴⁰

Barnets rett til medbestemmelse i helsespørsmål fremgår av pbrl. § 4-5 femte ledd. Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal foreldrene høre på hva barnet har å si før de samtykker til helsehjelp. Barnet skal få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse når det har fylt tolv år, og det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet.

³⁵ Ot.prp.nr.104 (2008-2009) s. 73.

³⁶ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 133.

³⁷ Ot.prp.nr.104 (2008-2009) s. 73.

³⁸ Ot.prp.nr.104 (2008-2009) s. 73.

³⁹ Ot.prp.nr.104 (2008-2009) s. 74.

⁴⁰ Ot.prp.nr.104 (2008-2009) s. 74.

Selv om barnets medbestemmelsesrett etter pasient- og brukerrettighetsloven ikke inntreffer før fylte tolv år, har også yngre barn rett til å være med på avgjørelser jf. bl. § 31. Bestemmelsen i pbrl. § 4-4 femte ledd må derfor sees i sammenheng med barnets medbestemmelsesrett i bl. § 31.

Etter bl. § 31 annet ledd har barn som har fylt syv år, og yngre barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, rett til å få informasjon, og skal gis mulighet til å si sin mening før foreldrene tar avgjørelse om «personlige forhold som angår barnet», herunder spørsmål om egen helse.

Uttalelsesretten i bl. § 31 annet ledd innebærer at barnet har rett, men ikke plikt til å uttale seg, og foreldrene skal ikke presse barnet til å ta standpunkt.⁴¹ Det samme vil trolig gjelde vedrørende barnets uttalelsesrett etter pbrl. § 4-3 femte ledd. Hvis barnet ikke vil uttale seg vedrørende spørsmål om egen helse, blir foreldrenes beslutningsmyndighet tilnærmet selvstendig. Hvis barnet gir uttrykk for et bestemt synspunkt, vil det i praksis avhenge av omstendighetene og foreldrenes skjønn hvor stor vekt som tillegges barnets mening.⁴²

Foreldrenes bestemmelsesmyndighet på vegne av barnet er størst før barnet fyller syv år, og før barnet er modent nok til å danne seg egne synspunkter. I tilfeller hvor pasienten er et spedbarn, må foreldrene ta avgjørelser om helsehjelp på vegne av barnet på selvstendig grunnlag.

I følge forarbeidene til pbrl. § 4-4 skal barn over tolv år ha en «økende grad av selvbestemmelse i helsespørsmål, og slik sett kan det oppfattes som en «delt samtykkekompetanse» mellom foreldre/foresatte og barn mellom 12 og 16 år».⁴³ Hvis barnet og foreldrene er uenige, skal foreldrenes syn som hovedregel legges til grunn.⁴⁴

Barn under 16 år kan i visse situasjoner ha selvstendig beslutningsmyndighet, på tross av manglende samtykkekompetanse. Ordlyden i pbrl. § 4-3 bokstav b åpner for at personer under

⁴¹ NOU 1977:35 s. 124.

⁴² NOU 1977:35 s. 124.

⁴³ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 134.

⁴⁴ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 134.

16 år kan samtykke dersom det følger av «særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art». I følge forarbeidene til pbrl. § 4-3 bokstav b kan det tenkes å være «personlige helseanliggender som bør ligge under en normalt utviklet ungdoms rådighetssfære også før fylte 16 år».⁴⁵ En slik tolkning av pbrl. § 4-3 bokstav b vil også samsvare med at informasjonsplikten til foreldrene i visse tilfeller kan tilsidesettes på barnets anmodning jf. pbrl. § 3-4.⁴⁶

Det vil bero på tiltakets art om barnet kan avgi selvstendig samtykke før det er 16 år jf. pbrl. § 4-3 bokstav b. Dersom det er snakk om helsehjelp av lite inngripende karakter, og det ikke er fare for komplikasjoner eller bivirkninger, kan det tale for at det ikke alltid bør være nødvendig med foreldrenes samtykke.

Aasen mener at yngre barn bør kunne samtykke til ordinær behandling som ikke krever beslutning i egentlig forstand, det vil si behandling som kunne vært iverksatt av andre enn helsepersonell.⁴⁷ Barn bør for eksempel kunne samtykke til at en nabo utfører lite inngripende helsehjelp som bandasjering og plastring av sår.

Syse legger til grunn at det foreligger en viss mulighet for at barn som er under 16 år kan samtykke til helsehjelp i enkelte tilfeller, men at det antakelig bare vil være aktuelt for barn som ligger nær aldersgrensen på 16 år.⁴⁸ Eksempelvis bør en 15 år gammel jente som ber om prevensjonsveiledning, også kunne samtykke til undersøkelser som er nødvendige i forbindelse med veiledningen.

5.3 Samtykkekompetanse på vegne av ungdom mellom 16-18 år

Hovedregelen er at personer mellom 16-18 år er samtykkekompetente, med mindre annet følger av «særlig lovbestemmelse eller tiltakets art» jf. pbrl. § 4-3 første ledd bokstav b. For enkelte inngrep kreves det samtykke fra foreldrene selv om barnet er over 16 år, på grunn av tiltakets art. I rundskriv fra Helsedepartementet fra 2003 legges det eksempelvis til grunn at det foreligger en 18-årsgrense i norsk lovgivning for å kunne samtykke til kosmetisk kirurgi.⁴⁹

⁴⁵ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 133.

⁴⁶ Syse (2015) s. 412.

⁴⁷ Aasen (2000) s. 568.

⁴⁸ Syse (2015) s. 414.

⁴⁹ Rundskriv I-8/2003 Kosmetisk kirurgi – fortolkning av relevant regelverk.

Samtykkekompetansen til pasienter mellom 16-18 år kan bortfalle helt eller delvis jf. pbrl. § 4-3 annet ledd, hvis vedkommende «på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter». Det skal en del til før en person kan fratas sin samtykkekompetanse, jf. ordlyden «åpenbart». Det er ikke alltid nødvendig med fullstendig fratakelse av samtykkekompetansen, jf. ordlyden «helt eller delvis». Ifølge forarbeidene til pbrl. § 4-3 annet ledd kan en persons evne til å treffe avgjørelser i helsespørsmål variere etter hva slags tiltak det gjelder, slik at det må foretas en vurdering av hvilke områder det er utilrådelig at pasienten har samtykkekompetanse.⁵⁰ En 17 år gammel person med lettere psykisk utviklingshemming bør kunne samtykke til helsehjelp så lenge vedkommende forstår hva det samtykkes til.

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten har samtykkekompetanse jf. pbrl. § 4-3 tredje ledd. Det skal legges til rette for at pasienten i størst mulig grad selv kan samtykke til helsehjelp, jf. pbrl. § 3-5. Avgjørelse om manglende samtykkekompetanse skal straks legges frem for pasienten og den nærmeste pårørende dersom det er mulig jf. pbrl. § 4-3 fjerde ledd. Dette er for å sikre informasjon til de som kan samtykke på vegne av pasienten.⁵¹

Etter pbrl. § 4-5 første ledd har foreldrene eller andre med foreldreansvaret rett til å samtykke til helsehjelp på vegne av ungdom mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse.

Foreldrenes samtykke er gyldig så lenge ungdommen ikke motsetter seg tiltaket. Helsehjelp etter § pbrl. 4-5 kan ikke gis hvis ungdommen motsetter seg det, med mindre det kan hjemles i særlige lovbestemmelser jf. pbrl. § 4-5 tredje ledd. I slike situasjoner kan helsepersonellet ikke gjennomføre tiltaket selv om foreldrene har samtykket i medhold av § 4-5 første ledd.⁵²

Det finnes ingen særlige lovhemler etter gjeldende rett som gir hjemmel for iverksetting av helsehjelp overfor personer mellom 16 og 18 år uten samtykkekompetanse mot deres vilje.⁵³ Hvis helsehjelpen er påtrengende nødvendig kan nødrettsbestemmelsen i hpl. § 7 være et gyl-

⁵⁰ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 133.

⁵¹ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 133.

⁵² Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 134.

⁵³ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 134.

dig rettsgrunnlag for helsehjelpen.⁵⁴ Dette er imidlertid et strengt krav, og det må foreligge fare for liv eller alvorlig forverring av en helsetilstand.⁵⁵ Foreldrenes samtykke er ikke nødvendig for å iverksette helsehjelp etter hpl. § 7.

5.4 Foreldrenes samtykke til tvang på vegne av barn under 16 år

Som vi har sett i avsnittet ovenfor, er foreldrenes samtykke ikke alene tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag på vegne av pasienter mellom 16-18 år som motsetter seg helsehjelpen jf. pbrl. § 4-5 tredje ledd. Det finnes ingen bestemmelse som regulerer tilsvarende situasjon for barn under 16 år i pbrl. § 4-4. Hvorvidt foreldrene kan samtykke til helsehjelp som barn under 16 år motsetter seg, er uklart.

Aasen har drøftet problematikken rundt dette, og mener at utgangspunktet må være at foreldrenes rett til å samtykke på vegne av barnet ikke er ensbetydende med at barnet kan tvinges.⁵⁶ Etter Aasens oppfatning er det naturlig å se hen til adgangen for å basere seg på foreldresamtykke etter lov om psykisk helsevern.⁵⁷

I følge lov om psykisk helsevern § 2-2 annet ledd skal foreldrene samtykke på vegne av barn under 16 år etter bestemmelsene i pbrl. § 4-4.⁵⁸ Foreldre kan som hovedregel samtykke til at barnet skal være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern, uavhengig av hva barnet selv ønsker. For barn som har fylt tolv år og ikke er enig i tiltaket, skal spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen, jf. lov om psykisk helsevern § 2-1 annet ledd. I slike situasjoner er foreldrenes samtykke alene ikke tilstrekkelig.

Selv om samtykke fra foreldrene rettslig sett er en tillatelse til å iverksette behandling av barnet, og omfatter foreldrenes godkjennelse til å tvinge barnet, vil det etter Aasens mening ikke frita helsepersonellet fra å foreta en selvstendig vurdering av om barnet bør tvinges.⁵⁹ Vedrør-

⁵⁴ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 134.

⁵⁵ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 219.

⁵⁶ Aasen (2008) s. 21.

⁵⁷ Aasen (2008) s. 22.

⁵⁸ Psykisk helsevernloven.

⁵⁹ Aasen (2008) s. 21.

rende de juridiske krav, må disse i mangel av andre og presise kriterier inngå i en alminnelig forsvarlighetsvurdering i samsvar med hpl. § 4 første ledd.⁶⁰

I forsvarlighetsvurderingen etter hpl. § 4 må det vurderes om bruk av tvang mot barnet er forsvarlig og i samsvar med plikten til å yte omsorgsfull hjelp. Videre skal det offentlige ha barnets beste som et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn jf. Barnekonvensjonen art. 3. Plikten etter art. 3 gjelder helsepersonell generelt. Dette vil innebære at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i vurderingen av om tiltaket er forsvarlig etter hpl. § 4 første ledd.

Aasen mener at det ved somatisk behandling mot barnets vilje må kreves at det aktuelle tiltak fremstår som den klart beste løsning for barnet. Det vil allikevel kunne iverksettes tvang, selv mot et relativt modent barn, med grunnlag i foreldreansvaret, dersom risikoen ved unnlatt eller utsatt behandling er betydelig, og legen anbefaler at behandling iverksettes, i samsvar med foreldrenes ønsker.⁶¹

Å sette konkrete grenser for foreldrenes bestemmelsesrett er en krevende og sammensatt problemstilling, som jeg ikke har anledning til å gå dypere inn på i denne avhandlingen. Bahus behandler ulike problemstillinger vedrørende de rettslige grensene for foreldres medbestemmelsesrett i sin doktoravhandling fra 2014.⁶² Se denne for en mer utdypende behandling av grensene for foreldremyndigheten.

Det kan tenkes situasjoner hvor barnet ønsker en behandling som foreldrene motsetter seg, for eksempel fordi behandlingen medfører en viss fare for bivirkninger eller innebærer en viss risiko for komplikasjoner. I slike tilfeller blir spørsmålet hvorvidt foreldrene kan nekte barnet å motta helsehjelp.

Her må man trolig gå tilbake til hovedregelen i pbrl. § 4-4 første ledd om at foreldrene har den formelle samtykkekompetansen så lenge barnet er under 16 år. Hvis foreldrenes motstand er sterk, enstemmig og velbegrunnet, må det legges avgjørende vekt på denne, men dersom bar-

⁶⁰ Aasen (2008) s. 22.

⁶¹ Aasen, (2008) s. 24.

⁶² Bahus (2014) Beslutningsprosessen ved liv/død-avgjørelser.

net har gode grunner for å ønske en bestemt behandling, kan det ikke uten videre avvises.⁶³ Foreldrene har lovbestemt plikt til å høre på hva barnet har å si, og skal vektlegge barnets mening i takt med dets alder og modenhet jf. pbrl. § 4-4 femte ledd og bl. § 31. Det er imidlertid ikke sikkert at foreldrene overholder disse pliktene i praksis.

5.5 Foreldrenes rett til medvirkning

Etter pbrl. § 3-1 første ledd har pasienter rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Retten til medvirkning gjelder som hovedregel alle pasienter, også barn. Medvirkningens form skal tilpasses barnets evne til å gi og motta informasjon jf. pbrl. § 3-1 første ledd.

Nærmeste pårørende har rett til å medvirke sammen med pasienter som ikke har samtykkekompetanse jf. pbrl. § 3-1 tredje ledd. Foreldre har medvirkningsrett sammen med barn under 16 år jf. pbrl. § 4-4 første ledd, og sammen med ungdom mellom 16-18 år som ikke har samtykkekompetanse jf. § 4-5. Retten til å medvirke er delt mellom foreldrene og barnet jf. ordlyden «sammen med».

Foreldrenes rett til å medvirke medfører ikke at de har rett til å bestemme hvilken metode som skal benyttes hvis helsepersonellet mener en annen metode er bedre egnet eller er mer forsvarlig.⁶⁴ Hvis det er flere like forsvarlige behandlingsalternativer som er tilgjengelige, kan foreldrene velge mellom de ulike metodene som blir foreslått av ansvarlig helsepersonell, jf. ordlyden «ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder» i pbrl. § 3-1 første ledd.

Etter pbrl. § 3-1 annet ledd skal tjenestetilbudet «så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten, og det skal legges stor vekt på hva pasienten mener ved utforming av tjenestetilbudet». Foreldrenes rolle blir større jo mindre barnet er, og foreldrene må utøve medvirkningen på en mer selvstendig måte når barnet er for lite til å kunne delta selv.⁶⁵

⁶³ Aasen, (2008) s. 24.

⁶⁴ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 128.

⁶⁵ Syse (2015) s. 357.

5.6 Foreldrenes rett til informasjon om barnet

Hovedregelen etter pbrl. § 3-4 første ledd er at både pasienten og foreldrene skal informeres når pasienten er under 16 år. Barnet har krav på informasjon om sin tilstand og om behandlingen uansett alder.⁶⁶ Foreldrene og barnet skal få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i barnets helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, og skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger jf. pbrl. § 3-2.

Det kan gjøres unntak fra hovedregelen om foreldrenes rett til informasjon etter pbrl. § 3-4 første ledd for pasienter mellom tolv og 16 år. Opplysninger skal ikke gis til foreldrene når pasienten «av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette» jf. pbrl. § 3-4 annet ledd. Bestemmelsen i pbrl. § 3-4 annet ledd innebærer en begrensning av foreldrenes rett til å få opplysninger om barnet.

Det kan være flere grunner til at barnet vil unnta opplysninger fra foreldrenes innsyn. Eksempler på opplysninger som kan holdes tilbake fra foreldrene etter bestemmelsen i pbrl. § 3-4 annet ledd, er rent personlige årsaker og ulike overbevisningsgrunner, herunder opplysninger om mishandling og lettere psykiske problemer.⁶⁷ Råd om seksualitet og prevensjon bør også kunne gis uten å informere foreldrene.⁶⁸ Det er arbeidende helsepersonell som avgjør om barnets ønsker skal respekteres.⁶⁹

Etter pbrl. § 3-4 tredje ledd skal informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret likevel gis foreldre når pasienten er under 18 år. Bestemmelsen i pbrl. § 3-4 tredje ledd innebærer at det gjøres unntak fra hovedregelen i pbrl. § 3-3 første ledd om at pasienter over 16 år må samtykke til at pårørende gis informasjon.

Unntaket i pbrl. § 3-4 tredje ledd ble tatt inn i pasient- og brukerrettighetsloven for å unngå motstrid mellom regelen i pbrl. § 3-4 annet ledd og foreldrenes omsorgs- og foreldreansvar etter barneloven.⁷⁰ Dersom foreldrene ikke er i stand til å oppfylle sine plikter etter foreldreansvaret, kan konsekvensen bli at de fratras foreldreansvaret for barnet etter reglene i barne-

⁶⁶ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 130.

⁶⁷ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 131.

⁶⁸ Syse (2015) s. 372.

⁶⁹ Syse (2015) s. 372.

⁷⁰ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 131.

vernloven.⁷¹ Forhold som er omfattet av unntaksbestemmelsen i pbrl. § 3-4 tredje ledd kan være opplysninger om selvmordsfare, hvor pasienten befinner seg og innleggelse i sykehus som følge av livstruende tilstander.⁷²

For pasienter over 16 år er hovedregelen etter pbrl. § 3-3 første ledd at det kreves samtykke fra pasienten for å gi pårørende informasjon. For pasienter som er over 16 år og som «åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning», har nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2, jf. pbrl. § 3-3 annet ledd. I slike tilfeller har foreldrene tilsvarende rett til informasjon som den pasienten har.

5.7 Foreldrenes innsynsrett i barns journal

Etter pbrl. § 5-1 fjerde ledd gjelder reglene i pbrl. §§ 3-3 og 3-4 om andres rett til informasjon tilsvarende for innsyn i journal. Foreldrenes rett til innsyn i barnets journal varierer med barnets alder, jf. pbrl. §§ 3-3 og 3-4. Før barnet fyller 16 år har foreldrene tilsvarende rett til journalinnsyn som det barnet selv har jf. pbrl. § 3-4 første ledd. Barn mellom tolv og 16 år kan begrense foreldrenes rett til innsyn i journalen ettersom de kan holde tilbake opplysninger fra foreldrene jf. pbrl. § 3-4 annet ledd.

Når barnet er over 16 år bestemmer det selv om det vil gi foreldrene innsyn i journalen jf. pbrl. § 3-3 første ledd. Unntakene i pbrl. § 3-3 annet ledd og pbrl. § 3-4 tredje ledd gjelder tilsvarende for innsyn i journal jf. pbrl. § 5-1 fjerde ledd. Se avhandlingens kapittel 5.6 om foreldrenes rett til informasjon om barnet.

5.8 Særlige rettigheter for foreldre

Barn er gitt særlige rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 6. Bestemmelsene i pbrl. §§ 6-2 til 6-4 gjelder alle pasienter under 18 år.⁷³ Foreldrene kan kreve at barnet får oppfylt særlige rettighetene som barnet har rett til etter kapittel 6.

⁷¹ Lov av 17. Juli 1992 nr. 100.

⁷² Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 131.

⁷³ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 137.

Barn har rett til nødvendig helsekontroll jf. pbrl. § 6-1, og foreldrene plikter til å medvirke til at barnet deltar i slik helsekontroll jf. pbrl. § 6-1 annet ledd. Helsetjenesten har ingen sanksjonsmuligheter hvis foreldrene ikke følger opp medvirkningsplikten, men kan eventuelt vurdere å underrette barnevernet.⁷⁴

Barn har som hovedregel rett til samvær med minst en av foreldrene under opphold på helseinstitusjon jf. pbrl. § 6-2, forutsatt at foreldrenes samværsrett ikke er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven. Retten til samvær med barnet kan utledes av hovedregelen om at barn og foreldres rett til samvær med hverandre etter bl. § 4-19.⁷⁵

Det er også nedfelt rettigheter for foreldre i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, fastsatt med hjemmel i hjemmel i lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-6.⁷⁶ Forskriften gjelder foreldre til barn som er under 18 år jf. forskriftens § 3, og får anvendelse når barnet er under opphold på helseinstitusjon.

I forskriftens § 6 forutsettes det at begge foreldrene skal få være hos barnet ved alvorlig eller livstruende sykdom. Videre har foreldrene rett til å få fortløpende informasjon om sykdommen, og til å være til stede under behandlingen hvis barnet ønsker det og det ikke vanskeligjør behandlingen.

Foreldrene har krav på dekning av visse utgifter de har i forbindelse med barnets innleggelse jf. forskriftens § kapittel 3. Én av dem skal få tilbud om overnatting i institusjonen, eventuelt skal institusjonen dekke utgifter til hotell eller lignende etter institusjonens anvisning jf. forskriftens § 8. Videre har foreldrene rett til å få dekket enkelte kostnader de har til mat og reise i forbindelse med barnets opphold jf. forskriftens §§ 9 og 10.

Foreldrene kan kreve at barnet blir aktivisert og stimulert under oppholdet i helseinstitusjonen, så langt dette er forsvarlig ut fra barnets helsetilstand jf. pbrl. § 6-3. Videre kan de kreve

⁷⁴ Prop.91 L (2010-2011) s. 350.

⁷⁵ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 137.

⁷⁶ Lov av 2. juli 1999 nr. 61.

at barn og ungdom i skolepliktig alder får undervisning i den grad dette følger av opplæringslova jf. pbrl. § 6-4 første og annet ledd.⁷⁷

5.9 Når barn er den nærmeste pårørende

Det kan oppstå særlige spørsmål i tilfeller hvor pasientens nærmeste pårørende er et barn. Hvis pasienten ikke har annen familie eller slektninger, kan det være naturlig for pasienten å velge barnet som sin nærmeste pårørende.

Barn har krav på å bli ivaretatt i rollen som pårørende jf. hpl. § 10 a. Helsepersonell skal bidra til å «ivareta barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging som følge av foreldrens tilstand». Bestemmelsen gjelder for barn til pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, eller alvorlig somatisk sykdom. Plikten påligger i utgangspunktet det helsepersonell som har ansvar for behandling av pasienten, men også andre skal ta vare på barnet når det trengs.⁷⁸ Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal helsepersonellet tilby barnet å delta i samtale med pasienten innenfor rammene av taushetsplikten jf. hpl. § 10a tredje ledd bokstav a. Helsepersonellet har taushetsplikt overfor pasienten, og pasienten må som hovedregel samtykke til at barnet skal gis informasjon og innsyn i pasientens journal, jf. hpl. § 21.

Når barn er pårørende skal helsepersonell bidra til at barnet gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling, og mulighet for samvær i den grad pasienten samtykker. Informasjonen skal tilpasses barnets individuelle forutsetninger jf. hpl. § 10a tredje ledd bokstav c. Hva slags informasjon som skal gis vil bero på en konkret helhetsvurdering, og helsepersonell skal ta hensyn til graden av foreldrenes helsetilstand, og om den er «egnet til å gjøre barnet utrygt, sårbart, skape mestringsproblem eller redsel hos barnet».⁷⁹

6 Pasienter med samtykkekompetanse

En samtykkekompetent pasient over 18 år bestemmer som hovedregel hvorvidt, og i hvilken grad, den nærmeste pårørende og andre pårørende skal inkluderes i behandlingsforløpet.

⁷⁷ Lov av 17. Juli 1998 nr. 61 kapittel 2.

⁷⁸ Ot.prp.nr.84 (2008-2009) s. 40.

⁷⁹ Ot.prp.nr.84 (2008-2009) s. 41.

Helsepersonell har taushetsplikt etter hpl. § 21, og skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om pasientens legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Taushetsplikten innebærer at helsepersonell må respektere pasientens ønsker, selv om disse består i at pårørende ikke skal informeres.

6.1 Pårørendes rett til medvirkning

Pasientens rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester fremgår av pbrl. § 3-1 første ledd. Pårørende har rett til å medvirke sammen med pasienten i den utstrekning pasienten samtykker, jf. prinsippet i pbrl. § 3-3 første ledd. For at pårørende skal kunne være i stand til dette må de ha informasjon om pasientens situasjon og om helsehjelpen etter pbrl. § 3-3.⁸⁰ Pårørende skal utøve medvirkningen i pasientens interesse.⁸¹

Dersom pasienten samtykker, har pårørende rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og valget mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder jf. pbrl. § 3-1 første ledd. Verken pasienten eller pårørende har rett til å velge hvilken behandlingsmetode som skal benyttes hvis helsepersonellet mener at en annen metode er bedre egnet eller mer forsvarlig.⁸²

6.2 Informasjon til pårørende når pasienten er samtykkekompetent

Hovedregelen om når informasjon kan gis til nærmeste pårørende når pasienten er samtykkekompetent fremgår av pbrl. § 3-3 første ledd. Dersom pasienten «samtykker til det eller forholdene tilsier det», skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helse-tilstand og den helsehjelp som ytes. Nærmeste pårørende skal som hovedregel gis informasjon hvis pasienten har samtykket til det. Dersom det ikke foreligger samtykke fra pasienten kan informasjon normalt ikke gis.⁸³ Hvis informasjon allikevel gis til pårørende uten at samtykke fra pasienten foreligger, innebærer det brudd på helsepersonellens taushetsplikt jf. hpl. § 21. Pasienten kan bestemme omfanget og utstrekningen av den informasjon som skal gis.⁸⁴ Hel-

⁸⁰ Ot.prp.nr.84 (2008-2009) s. 357.

⁸¹ Syse (2015) s. 357.

⁸² Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 128.

⁸³ Syse (2015) s. 344.

⁸⁴ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 130.

sepersonell kan derfor ikke gi pårørende mer informasjon eller andre opplysninger enn det pasienten har samtykket til.

Informasjon kan gis uten samtykke fra pasienten hvis «forholdene tilsier det», jf. pbrl. § 3-3 første ledd. Denne regelen er basert på et presumert samtykke fra pasienten, det vil si at man antar at pasienten ville samtykket.⁸⁵ I forarbeidene til pbrl. § 3-3 nevnes ulike tilfeller som kan tilsi at pårørende informeres uten pasientens samtykke, for eksempel hvis pasienten er bevisstløs, ruset eller i psykisk forstyrret tilstand og det ikke er mulig å få pasientens samtykke. I følge forarbeidene til hpl. § 22 kan helsepersonell gi informasjon hvis det «åpenbart» er i pasientens interesse.⁸⁶ Det må utvilsomt være i pasientens interesse, og er således et strengt krav.⁸⁷

Hvis pasienten er i en tilstand som gjør vedkommende midlertidig ute av stand til å samtykke, for eksempel ved en forbigående forvirringstilstand etter ulykke eller i koma under en operasjon, kan dette være et forhold som tilsier at nærmeste pårørende skal gis informasjon uten pasientens samtykke.⁸⁸ I slike situasjoner kan det normalt legges til grunn at en pasient ønsker at informasjon skal videreformidles til de nærmeste pårørende.

6.3 Rett til innsyn i journal

Pasienter fikk for første gang stadfestet rett til innsyn i egen journal ved Sykejournal-dommen i Rt. 1977 s. 1033.⁸⁹ Det er hovedsakelig pasienten som har innsynsrett i sin egen journal etter pbrl. § 5-1 første ledd, men loven åpner for at også andre kan få innsyn i denne. Pasienten kan unntaksvis nektes innsyn i journalen sin jf. § 5-1 annet ledd.

Pasientens innsynsrett kan begrenses på to grunnlag jf. pbrl. § 5-1 annet ledd. Vilåårene i pbrl. § 5-1 annet ledd er uttømmende.⁹⁰ Innsyn for pasienten kan nektes hvis det er «påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv», eller dersom innsyn er «klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær». Avgjørelse om å

⁸⁵ Syse (2015) s. 345.

⁸⁶ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 228.

⁸⁷ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 228.

⁸⁸ Syse (2015) s. 345.

⁸⁹ Rt. 1977 s. 1033.

⁹⁰ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 136.

nekte pasienten innsyn hviler på nødrettsbetraktninger, både som grunnlag for å begrense innsyn av hensyn til pasienten selv, og av hensyn til pasientens nærstående. Ordlyden «påtrengende nødvendig» og «klart utilrådelig» tilsier at det skal mye til før pasienten kan nektes innsyn. Hvis innsyn kan medføre fare for at vedkommende tar livet sitt eller påfører seg selv alvorlig skade, for eksempel hvis pasienten har fått diagnostisert en alvorlig sykdom og samtidig er psykisk ustabil, kan innsyn nektes.⁹¹

I forhold til de nærstående må det være en reell fare for at innsyn for kan føre til konsekvenser av et visst omfang. Det er ikke tilstrekkelig at det kan føre til ubehag eller ulempe.⁹² Begrensninger i innsynsretten kan ikke gjelde hele journalen, kun opplysninger som er relevante for den konkrete farevurderingen.⁹³

Hvis pasienten samtykker til det, kan pårørende gis innsyn i journalen jf. prinsippet i pbrl. § 3-3 første ledd. Pårørende kan også ha innsynsrett jf. pbrl. § 5-1 tredje og fjerde ledd. Hvilke deler av journalen nærmeste pårørende får innsyn i, vil avhenge av om vedkommende har innsynsrett etter pbrl. § 5-1 tredje eller fjerde ledd.

Pårørende kan ha innsynsrett ved å opptre som representant for pasienten jf. pbrl. § 5-1 tredje ledd. En representant for pasienten har rett til innsyn i de opplysningene som pasienten nektes innsyn i, med mindre vedkommende anses uskikket for dette, jf. pbrl. § 5-1 tredje ledd. Bestemmelsen i pbrl. § 5-1 tredje ledd åpner for at pasienten kan velge en av sine pårørende til å være representant for seg. Pårørende som blir valgt til å være representant får innsyn i opplysninger som pasienten ikke får se selv, forutsatt at vedkommende anses skikket for dette. Det er opp til ansvarlig helsepersonell å avgjøre om representanten er skikket eller ikke.⁹⁴ Den umiddelbare ordlyden tyder på at det ikke skal så mye til før en person er tilstrekkelig skikket til å få innsyn etter pbrl. § 5-1 tredje ledd. Manglende kriterier i lovteksten vil, slik jeg ser det, gjøre at helsepersonellet får nokså fritt rom for skjønn i sin vurdering.

⁹¹ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 136.

⁹² Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 136.

⁹³ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 136.

⁹⁴ Ohnstad (2002) s. 146.

Rett til innsyn i pasientens journal etter pbrl. § 5-1 fjerde ledd tilsvarer den informasjonsretten pårørende har etter pbrl. §§ 3-3 og 3-4.⁹⁵ Se punkt 6.2 om pårørendes rett til informasjon. Innsynsrett etter pbrl. § 5-1 fjerde ledd beror som hovedregel på hvilke opplysninger pasienten samtykker til at pårørende får se. Pasienten kan velge om pårørende skal gis innsyn i hele, eller i deler av journalen jf. pbrl. § 3-3 første ledd.

7 Pasienter over 18 uten samtykkekompetanse

Personer over 18 år har som hovedregel rett til å samtykke til helsehjelp jf. pbrl. § 4-3 første ledd bokstav a. Hvis pasienten ikke har tilstrekkelig personell kompetanse til å ta den aktuelle avgjørelsen kan vedkommende fratas sin samtykkekompetanse.⁹⁶ Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis, dersom pasienten på grunn av «fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke innebærer» jf. pbrl. § 4-3 annet ledd.

Den som skal yte helsehjelpen avgjør om pasienten mangler samtykkekompetanse etter pbrl. § 4-3 annet ledd, jf. § 4-3 tredje ledd. Beslutningen skal være begrunnet og skriftlig, og skal om mulig straks legges frem for pasienten og nærmeste pårørende, jf. pbrl. § 4-3 fjerde ledd.

Det er gitt representasjonsregler i pbrl. § 4-6 om hvem som kan ta beslutninger på vegne av pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse. Etter pbrl. § 4-6 første ledd kan den som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp av «lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet». I dette ligger et krav om antatt eller presumert samtykke, som kun er gyldig hjemmelsgrunnlag hvis det kan antas at pasienten ville samtykket dersom vedkommende selv hadde vært samtykkekompetent.⁹⁷ Den som skal yte helsehjelpen må forsøke å kartlegge hva pasienten ville ha samtykket til ut ifra tidligere preferanser og livsvalg, før det beslutningen treffes.⁹⁸

Hva som ligger i kravet om at tiltaket må være av «lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet», utdypes nærmere i forarbeidene til pbrl. § 4-6. Inngrep som ikke kan

⁹⁵ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 136.

⁹⁶ Syse (2015) s. 409.

⁹⁷ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s 134.

⁹⁸ Bahus (2014) s. 111.

foretas med hjemmel i presumert samtykke, er blant annet operative inngrep, med mindre det følger av nødrettslige prinsipper eller er av helt bagatellmessig art, og medisinerer som kan gi alvorlige bivirkninger.⁹⁹ Hvis et tiltak som i utgangspunktet er lite inngripende, går over så lang tid at det sannsynligvis vil medføre komplikasjoner eller bivirkninger, kan det ikke iverksettes med hjemmel i pbrl. § 4-6 første ledd.

Pårørende har rettslig sett ingen innflytelse ved beslutninger som treffes etter pbrl. § 4-6 første ledd, men vil i praksis være en viktig kilde til informasjon om hva pasienten ville samtykket til. Den helsehjelp som kan gis etter pbrl. § 4-6 første ledd vil antakelig være av rutinemessig art, eller behandling som inngår i den daglige pleie av pasienten.

Helsehjelp som innebærer et «alvorlig inngrep for pasienten» kan gis dersom det anses for å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp jf. pbrl. § 4-6 annet ledd. Begge vilkårene må være oppfylt jf. ordlyden «og». Beslutningsmyndigheten er lagt til den som er ansvarlig for helsehjelpen, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell jf. pbrl. § 4-6 annet ledd.

Det var tidligere uklart om det var pasientens nærmeste pårørende eller helsepersonell som hadde beslutningsmyndighet til å samtykke til helsehjelp etter pbrl. § 4-6 annet ledd. Ordlyden åpnet for at nærmeste pårørende kunne samtykke til all helsehjelp som ikke var omfattet av pbrl. § 4-6 første ledd, og i forarbeidene ble det uttrykkelig presisert at pbrl. § 4-6 annet ledd ga hjemmel for «såkalt representert samtykke, dvs at samtykke fra pasientens nærmeste pårørende kan legges til grunn som pasientens eget».¹⁰⁰ Loven ble imidlertid praktisert på en annen måte enn det lovteksten og ordlyden ga hjemmel for. I praksis var det helsepersonellet som måtte vurdere om helsehjelpen var i pasientens interesse og om pasienten ville samtykke.

Det ble foretatt en klargjørende endring av bestemmelsen i pbrl. § 4-6 annet ledd desember 2006. Bakgrunnen for dette var at ordlyden skulle være i bedre samsvar med den faktiske forståelsen av bestemmelsen, og at pårørende skulle få slippe å ta slike avgjørelser på vegne av

⁹⁹ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 134.

¹⁰⁰ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 134.

nærstående.¹⁰¹ Det ble fremsatt forslag om å endre lovteksten, slik at det klart fremgikk at det er helsepersonell som til syvende og sist må avgjøre om helsehjelp skal gis ved tvang, eller om slik helsehjelp ikke skal gis.¹⁰² Etter lovendringen går det klart frem av pbrl. § 4-6 annet ledd at beslutningsmyndigheten ligger hos den som er ansvarlig for helsehjelpen, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal om mulig innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket jf. pbrl. § 4-6 annet ledd. Informasjon fra pårørende kan være sentralt i vurderingen av om helsehjelp skal gis eller ikke, ettersom nærmeste pårørende som regel kjenner pasienten godt, og kan gi helsepersonell betydningsfulle opplysninger om pasienten.¹⁰³ Det er viktig å innhente informasjon om pasienten for at saken skal bli best mulig opplyst. Videre kan det bidra til at de nærmeste pårørende forstår og aksepterer avgjørelsen.¹⁰⁴

Det kan treffes vedtak om helsehjelp etter pbrl. § 4-6 annet ledd uten det har blitt innhentet informasjon fra nærmeste pårørende jf. ordlyden «der det er mulig skal det innhentes informasjon». I noen tilfeller vil det ikke være praktisk mulig å forhøre seg med pasientens nærmeste, for eksempel hvis pasienten ikke har noen pårørende, eller hvis helsepersonell ikke får tak i pårørende i en situasjon som haster. Nærmeste pårørendes rolle er etter pbrl. § 4-6 annet ledd begrenset til å være en informasjonskilde om hvilke tiltak som anses å være i pasientens interesse, og har rettslig sett ingen mulighet til å øve innflytelse utover dette.¹⁰⁵

Helsehjelp etter pbrl § 4-6 første og annet ledd kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser. Andre særlige lovbestemmelser for å iverksette tiltak kan være nødrettsbetraktninger og øyeblikkelig hjelp- situasjoner etter hpl. § 7.¹⁰⁶ Smittevernloven § 5-3 om tvungen isolering på sykehus kan også være et særlig hjemmelsgrunnlag for bruk av tvang hvis det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom.¹⁰⁷

¹⁰¹ Ot.prp.nr.64 (2005-2006) s. 17.

¹⁰² Ot.prp.nr.64 (2005-2006) s. 17.

¹⁰³ Ot.prp.nr.64 (2005-2006) s. 17.

¹⁰⁴ Ot.prp.nr.64 (2005-2006) s. 17.

¹⁰⁵ Bahus (2014) s. 114.

¹⁰⁶ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 135.

¹⁰⁷ Lov av 5. august 1994 nr. 55.

8 Umyndiggjort pasient

Bestemmelsen i pbrl. § 4-7 regulerer samtykkekompetanse for pasienter som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området etter vml. § 22 tredje ledd. Utgangspunktet etter pbrl. § 4-7 er at umyndiggjorte pasienter selv skal samtykke til helsehjelp så langt det er mulig, og at vergen kan samtykke hvis pasienten ikke er i stand til det. Vergen har ikke bestemmelsesmyndighet vedrørende spørsmål om hvorvidt helsehjelp skal gis, eller på hvilken måte helsehjelpen skal utføres.¹⁰⁸

Det kan oppnevnes verge etter reglene i vergemålsloven for personer er fratatt rettslig handleevne på det personlige området og som ikke kan ivareta egne interesser.¹⁰⁹ Vilåårene for å sette en voksen person under vergemål fremgår av vml. § 20. Vergemålet innebærer at det oppnevnes en verge for den som er satt under vergemål, jf. vml. § 21 første ledd.

Nårmeste pårørende kan oppnevnes som verge for pasienten hvis de er «egnet for vervet og samtykker i oppnevningen» jf. vml. § 28 første ledd. Ektefeller eller samboere kan oppnevnes som verger hvis det antas å være ubetenkelig, jf. vml. § 28 tredje ledd. Hvis en av pasientens pårørende er villig til å påta seg oppdraget som verge, vil det ofte være et naturlig valg å oppnevne denne.¹¹⁰ Dersom pårørende er enige om at en av dem bør oppnevnes, bør det tillegges betydelig vekt.¹¹¹ Hvis pasientens ektefelle eller samboer er villig til å påta seg ansvaret, bør denne som regel oppnevnes jf. vml. § 28 tredje ledd.¹¹² En person som er satt under vergemål, skal selv foreta rettslige handlinger og råde over sine midler, i den utstrekning personen har den rettslige handleevnen i behold etter vml. § 22, jf. vml. § 21 første ledd.

Vergemålet kan omfatte økonomiske og personlige forhold jf. vml. § 21 annet ledd. Bestemmelsen i pbrl. § 4-7 kommer bare til anvendelse overfor personer som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området.

¹⁰⁸ Syse (2015) s. 417.

¹⁰⁹ Syse (2015) s. 416.

¹¹⁰ Ot.prp.nr.110 (2008-2009) s. 185.

¹¹¹ Ot.prp.nr.110 (2008-2009) s. 185.

¹¹² Ot.prp.nr.110 (2008-2009) s. 185.

Adgangen til fratakelse av en persons rettslige handleevne i personlige forhold reguleres i vml. § 22 tredje ledd. Det presiseres ikke i lovteksten hva som faller innenfor definisjonen av «personlige forhold». Avgrenset positivt mot «økonomiske forhold» som reguleres i vml. § 22 annet ledd, omfatter «personlige forhold» i utgangspunktet alle former for representasjon og ivaretagelse av rettigheter utover økonomiske forhold.¹¹³ Det vil bero på en individuell vurdering av hvilke spørsmål innenfor det personlige området som skal ivaretas ved fratakelse av handleevnen.¹¹⁴

Det fremgår av forarbeidene til vml. § 21 at enkelte beslutninger innen helse- og sosiallovgivningen i utgangspunktet ligger innenfor begrepet «personlige forhold».¹¹⁵ I endringsloven til vergemålsloven legges det til grunn at samtykke til helsehjelp typisk vil være en disposisjon som faller innenfor begrepet «personlige forhold» etter vergemålsloven § 22 tredje ledd.¹¹⁶ Når fratakelse av den rettslige handleevnen gjelder personlige forhold etter vml. § 22, vil vergen ha kompetanse til å samtykke på vegne av umyndige i helserelaterte spørsmål.

Den rettslige handleevnen i personlige forhold kan fratas på «bestemte områder» jf. vml. § 22 tredje ledd. Ordlyden åpner for at en person kan fratas rettslig handleevne i bestemte helse-spørsmål. Hvilke konkrete helsespørsmål den umyndiggjorte kan samtykke til selv etter pbrl. § 4-7, og hvilke tiltak vergen må samtykke til, vil antakelig bero på en individuell vurdering i hvert enkelt tilfelle.

Oppnevnte verger har taushetsplikt etter vml. § 46 og plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det vedkommende får kjennskap til «som ledd i vergeoppdraget om noens personlige forhold» jf. vml. § 46 første ledd. Personlige forhold kan være opplysninger om helse og informasjon om pasientens helsetilstand.¹¹⁷

Bestemmelsen er avgrenset til «oppnevnte verger». Foreldre som er verger for mindreårige barn er ikke omfattet av taushetsplikten i vml. § 46 første ledd, i og med at barn automatisk er

¹¹³ Ot.prp.nr.110 (2008-2009) s. 181.

¹¹⁴ Ot.prp.nr.110 (2008-2009) s. 182.

¹¹⁵ Ot.prp.nr.110 (2008-2009) s. 179.

¹¹⁶ Prop.46 L (2012-2013) s. 36.

¹¹⁷ Ot.prp.nr.110 (2008-2009) s. 199.

under foreldrenes vergemål frem til de fyller 18 år. Det ville virke unaturlig om foreldre skulle ha taushetsplikt om opplysninger som gjelder deres egne barn.¹¹⁸

Den oppnevnte vergen har taushetsplikt overfor pasientens pårørende jf. vml. § 46 første ledd. Det er imidlertid ikke alle opplysninger om den vergetrengende som er taushetsbelagte. Etter vml. § 46 første ledd faller opplysninger som ikke er mottatt i forbindelse med vergeoppdraget utenfor jf. ordlyden «får vite som ledd i vergeoppdraget». Informasjon som er mottatt i familiære relasjoner er derfor ikke taushetsbelagt. Etter vml. § 46 annet ledd er opplysningen om at pasienten er satt under vergemål, at vedkommende er oppnevnt som verge, og opplysninger om rammene for vergeoppdraget heller ikke underlagt taushetsplikt.

Hvis den umyndige ikke kan samtykke til at informasjon skal gis, kan det gjøres unntak fra taushetsplikten overfor vedkommendes pårørende jf. vml. § 46 tredje ledd. Bestemmelsen i vml. § 46 tredje ledd gjelder overfor pårørende som er ektefelle, samboer, barn, barnebarn, foreldre og søsken, og i den utstrekning som må antas å være i samsvar med den umyndiges ønsker. Vergen må utøve skjønn i vurderingen av hva slags informasjon som skal gis, og legge vekt på hva den enkelte vergetrengende ville ha ønsket i den konkrete situasjonen.¹¹⁹ Pårørende kan dermed ikke kreve å få informasjon om den umyndige.

Grensen for hva slags informasjon vergen kan gi til den umyndiges pårørende går ved opplysninger vedkommende tidligere har holdt tilbake.¹²⁰ Slike opplysninger må man anta at den umyndige ikke ville ønsket å videreformidle til pårørende.

Nære familiemedlemmer har krav på underretning når en person begjæres satt under vergemål jf. vml § 60. Ektefelle, samboer, og eventuelle barn over 18 er personer som anses for å være «nære familiemedlemmer» jf. ordlyden i vml. § 60 første punktum. Disse skal også få informasjon om avgjørelsen i saken, om klage og om begjæring om endringer av vergemålet. Hvis personen ikke har nære familiemedlemmer som nevnt i første punktum, er det foreldrene som skal underrettes.

¹¹⁸ Ot.prp.nr.110 (2008-2009) s. 199.

¹¹⁹ Ot.prp.nr.110 (2008-2009) s. 200.

¹²⁰ Ot.prp.nr.110 (2008-2009) s. 200.

9 Død pasient

Når pasienten er død har nærmeste pårørende som hovedregel rett til informasjon om pasienten og innsyn i pasientens journal. Etter at pasienten har gått bort, taler gode grunner for at pårørende bør gis en mer utstrakt rett til informasjon og journalinnsyn. Hensynet til helsepersonellens taushetsplikt overfor pasienten, og til pasientens personvern vil ikke gjøre seg like gjeldende etter at vedkommende er død.

9.1 Rett til informasjon

Det ble innført et nytt tredje ledd i pbrl. § 3-3 ved endringslov til pasient- og brukerrettighetsloven i 2013. Bakgrunnen for dette var blant annet at ulike aktører hadde stilt spørsmål til pasienters og pårørendes manglende partsstilling i tilsynssaker.¹²¹ Det ble ansett nødvendig med en ytterligere presisering av helse- og omsorgstjenestens informasjonsplikt ved uønskede hendelser.¹²²

Bestemmelsen i pbrl. § 3-3 tredje ledd fastslår at pasientens nærmeste pårørende har rett til informasjon etter pbrl. § 3-2 fjerde og femte ledd, dersom en pasient dør og utfallet er «uventet i forhold til påregnelig risiko», så langt taushetsplikten ikke er til hinder for dette.

Ved vurderingen av hvilke opplysninger som skal gis til pårørende etter pbrl. § 3-3- tredje ledd, må tilsynsmyndigheten vurdere om det foreligger «særlige grunner» som tilsier at nærmeste pårørende ikke skal gis innsyn i opplysningene jf. pbrl. § 5-1 og hpl. § 24.¹²³ Hvis det er tvil om «særlige grunner» foreligger etter pbrl. § 3-3, skal tilsynsmyndigheten prøve å få avklart dette hos aktuelt helsepersonell som har nærmere kjennskap til pasienten.¹²⁴

Informasjon skal som hovedregel gis etter pbrl. § 3-3 tredje ledd, og som regel vil pasientens og pårørendes interesser være sammenfallende.¹²⁵ Hvis pasienten tidligere har gitt uttrykk for at pårørende ikke skal gis innsyn i spesifikke opplysninger, kan dette være en særlig grunn som tilsier at pårørende allikevel ikke skal gis informasjon. Terskelen for å gi pårørende inn-

¹²¹ Prop.100 L (2012-2013) s. 8.

¹²² Prop.100 L (2012-2013) s. 19.

¹²³ Prop.100 L (2012-2013) s. 33.

¹²⁴ Prop.100 L (2012-2013) s. 33.

¹²⁵ Syse (2015) s. 369.

syn er lavere når pasienten er død, contra tilfeller hvor pasientens manglende samtykkekompetanse er forbigående, for eksempel ved bevisstløshet.¹²⁶

Helsepersonellens taushetsplikt etter hpl. § 21 er ikke til hinder for at opplysninger om en død person gis til pårørende dersom «viktige grunner» taler for dette. Det tas hensyn til avdødes antatte vilje, opplysningenes art og de pårørende og samfunnets interesser i vurderingen av om opplysninger skal gis, jf. hpl. § 24 første ledd annet punktum.

Bestemmelsen om rett til informasjon etter pbrl. § 3-3 tredje ledd innebærer i praksis at nærmeste pårørende i slike tilfelle skal ha informasjon om retten til å søke erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning, om adgangen til å henvende seg til pasient- og brukerombudet og til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av mulig pliktbrudd.¹²⁷ Nærmeste pårørende har også rett til informasjon om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

9.2 Rett til innsyn i journal

Nærmeste pårørende har som hovedregel rett til innsyn i pasientens journal etter en pasients død, med mindre «særlige grunner taler imot det» jf. pbrl. § 5-1 femte ledd. Tilsvarende fremgår av hpl. § 24 annet ledd. Særlige grunner kan være opplysninger pasienten har gitt uttrykk for at pårørende ikke skal gis innsyn i, eller opplysninger det er grunn til å anta at pasienten ville motsatt seg at nærmeste pårørende får kjennskap om.¹²⁸ Særlige grunner kan også være opplysninger av sensitive, overraskende eller støtende art.¹²⁹

9.3 Obduksjon

Hvis det blir spørsmål om obduksjon av pasienten, har nærmeste pårørende særlige rettigheter nedfelt i transplantasjonsloven, heretter transpll., og i forskrift om obduksjon.¹³⁰ Forskrift om obduksjon er gitt med hjemmel i lov av 9. februar 1973 nr. 6 om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m.¹³¹ Den skal medvirke til at obduksjoner blir utført på en

¹²⁶ Syse (2015) s. 369.

¹²⁷ Prop.100 L (2012-2013) s. 33.

¹²⁸ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 136.

¹²⁹ Syse (2015) s. 519.

¹³⁰ Lov av 9. februar 1973 nr. 6 og FOR-2004-03-19-542.

verdig måte og med respekt for avdøde og nærmeste pårørende.¹³²

Hvis det blir aktuelt å obdusere avdøde, skal de nærmeste pårørende til avdøde så langt det lar seg gjøre informeres jf. forskriftens § 5. Rett til informasjon etter forskriftens § 5 omfatter informasjon om at obduksjonsmaterialet kan bli brukt til undervisnings- og forskningsøye-med, til framstilling av biologiske produkter, og at de har rett til å reservere seg mot obduksjon og bruk av obduksjonsmaterialet. Dersom avdøde blir obdusert uten at pårørende først underrettes, skal de informeres om at obduksjon er utført, jf. forskriftens § 7.

Nærmeste pårørende har reservasjonsrett mot obduksjon jf. forskriftens § 6. Reservasjonsrett innebærer ikke at det kreves samtykke til obduksjon, og de nærmeste pårørende har således ikke plikt til å ta standpunkt i saken.¹³³ Hvis pårørende ikke ønsker å ta et standpunkt, kan obduksjon utføres hvis ikke det er andre holdepunkter for at obduksjon er imot avdødes livssyn.

Hvis nærmeste pårørende har uttalt seg imot det, eller hvis det er grunn til å tro at det er strider mot nærmeste pårørendes livssyn, innebærer reservasjonsretten at det ikke skal utføres obduksjon.¹³⁴ Det er tilstrekkelig at en avdødes nærstående er imot inngrepet hvis flere stod avdøde like nær, jf. merknadene til forskriftens § 6. Det er ikke nødvendig å ta hensyn til innvendinger fra andre nærstående, dersom den eller de som stod avdøde nærmest ikke reserverer seg.

Hvis det er nødvendig av «særlige grunner for å få slått fast dødsårsaken» jf. transpl. § 7 fjerde ledd, kan obduksjon gjennomføres uten hensyn til reservasjonsretten i forskriftens § 6. Uttrykket skal imidlertid tolkes strengt, og ifølge merknadene til forskriftens § 7, vil det høre til sjeldenhetene at obduksjon utføres på dette grunnlag.

Obduksjon kan som hovedregel foretas av medisinske grunner jf. transpl. § 7 første ledd. Det oppstilles alternative unntak i transpl. § 7 annet ledd. Obduksjon kan ikke foretas «når avdøde eller nærmeste pårørende har uttalt seg mot det», eller det er «grunn til å anta at et slikt

¹³¹ Transplantasjonsloven.

¹³² FOR-2004-03-19-542 § 1.

¹³³ FOR-2004-03-19-542 merknader til § 6.

¹³⁴ FOR-2004-03-19-542 § 6.

inngrep vil være i strid med avdødes eller de nærmestes livssyn, eller andre særlige grunner taler mot det». Etter transpll. § 7 tredje ledd kan obduksjon ikke foretas før avdødes nærmeste pårørende er blitt underrettet om dødsfallet, og det er gått 8 timer etter dødens inntreden.

Etter transpll. § 7 fjerde ledd kan obduksjon foretas uten hensyn til vilkårene i transpll. § 7 andre og tredje ledd, når det av «særlige grunner er nødvendig å få brakt dødsårsaken på det rene uten opphold».

For spørsmål om reservasjonsrett når nærmeste pårørende til avdøde, eller avdøde selv er under 18 år, vises det til Barnekonvensjonen art. 12 i merknadene til forskriftens § 6. Henvisningen til Barnekonvensjonen art. 12 vil innebære, slik jeg ser det, at barnet fritt skal få gi uttrykk for sine meninger vedrørende spørsmål om obduksjon, og at barnets meninger skal tillegges vekt i takt med dets alder og modenhet.

10 Rettigheter for pårørende som gjelder uavhengig av hvem pasienten er

10.1 Pårørendes rett til medvirkning ved utarbeidelse av individuell plan

Pasienter med behov for «langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester» har rett til å få utarbeidet individuell plan jf. pbrl. § 2-5. For helsetjenesten gjelder pbrl. § 3-1 om pasientens rett til medvirkning tilsvarende ved utformingen av individuell plan.¹³⁵ Se avsnitt om rett til medvirkning under punkt 6.1.

Det er gitt regler om pasienters og pårørendes rett til å delta i arbeidet med individuell plan i forskrift om habilitering og rehabilitering kapittel 5, fastsatt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 andre ledd og 7-2 andre ledd.¹³⁶

Etter forskriftens § 16 første ledd har pasienten rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. pbrl. § 3-1. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og pårørende ønsker det. Nærmeste pårørende har rett til å medvir-

¹³⁵ Prop.91 L (2010-2011) s. 361.

¹³⁶ FOR-2011-12-16-1256.

ke sammen med pasienter som ikke har samtykkekompetanse etter regelen i pbrl. § 3-1 tredje ledd, jf. forskriftens § 16 annet ledd.

Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke fra pasienten eller den som kan samtykke på vegne av denne, jf. forskriftens § 17. Reglene i pbrl. kapittel 4 gjelder tilsvarende for samtykke til utarbeidelse av individuell plan. Foreldrene har rett til å samtykke på vegne av barn under 16 år, jf. pbrl. § 4-4 første ledd, og på vegne av ungdom jf. pbrl. § 4-5 første ledd. For pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse, er det den som yter helsehjelpen som har rett til å samtykke jf. pbrl. § 4-6 første og annet ledd.

Den individuelle planen gir ikke pasienten større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket, jf. forskriftens § 16 tredje ledd. Pårørende kan således ikke kreve at pasienten skal få spesifikk helsehjelp på bakgrunn av at det har blitt utarbeidet en individuell plan.

Pasienten eller den med samtykkekompetanse på vegne av pasienten, kan klage på manglende utarbeidelse av individuell plan etter pbrl. § 2-5 etter klagereglene pbrl. kapittel 7. Klageretten fremgår av henvisningen til pbrl. kapittel 2 i pbrl. § 7-2, og kan sees som en naturlig konsekvens av at retten til individuell plan er blitt lovfestet.¹³⁷

10.2 Retting og sletting av journalopplysninger

Pasienten, eller den opplysningene gjelder, kan kreve at opplysninger i journalen rettes eller slettes etter bestemmelser i hpl. §§ 42- 44, jf. pbrl. § 5-2. Helsepersonell skal etter krav fra den opplysningen gjelder, eller av eget tiltak, rette feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige opplysninger eller utsagn i en journal, jf. hpl. § 42 første ledd.

Opplysninger som kan rettes er ifølge forarbeidene til hpl. § 42 åpenbare feil, som feil fødselsdato eller navn, diagnoser som viser seg å være feil, mangelfulle opplysninger om en pasients helsetilstand eller behandling. Det skal foretas retting av utilbørlige utsagn som kan være belastende for pasienten. Opplysninger som står i journalen kan skape grunnlag for uberetti-

¹³⁷ Syse (2015) s. 309.

gede mistanker hvis det for eksempel er journalført feilaktige diagnoser om psykiske lidelser, og vil følge pasienten helt til de blir rettet.¹³⁸

Andre enn pasienten kan også kreve å få rettet opplysninger i pasientens journal, jf. ordlyden «den som opplysningene gjelder» i pbrl. § 5-2. Pårørende og foreldrene til barn kan kreve å få rettet opplysninger som nevnt ovenfor, forutsatt at opplysningene gjelder dem selv. Foreldrene kan for eksempel kreve å få rettet opplysninger om overgrep som har blitt nedtegnet i barnets journal, som senere viser seg å være ubegrunnede.¹³⁹

Avslag på krav om retting kan påklages til Fylkesmannen jf. hpl. § 42 tredje ledd.

Det er strengere vilkår for å slette opplysninger i journalen, enn det er for å rette opplysninger.¹⁴⁰ Vilkårene for å slette journalopplysninger fremgår av hpl. § 43. Den journalopplysningene gjelder kan kreve at opplysninger blir slettet hvis det er «ubetenkelig ut fra allmenne hensyn og ikke strider mot bestemmelsene i eller i medhold av arkivloven §§ 9 eller 18» jf. hpl. § 43 første ledd.

I kravet om at det må være ubetenkelig ut fra allmenne hensyn å slette opplysningene, siktes det til tilfeller hvor det kan være behov for å ta vare på vedkommende opplysninger, for eksempel hvis det oppdages samme feilbehandling av en rekke pasienter.¹⁴¹ Her vil allmenne hensyn kunne tilsi bevaring av opplysningene for dokumentasjon av feilbehandlingen, eller for å kunne reagere overfor helsepersonell.¹⁴² Det kan være nødvendig å ta vare på dokumentasjon av slike feilbehandlinger slik at man kan lære av de feil som er begått.

Innholdet i begrepet «allmenne hensyn» ble drøftet i klagesak for Statens Helsetilsyn vedrørende krav om sletting av opplysninger i pasientjournal etter pbrl. § 5-2. Helsetilsynet la til grunn at det var hensynet til formålet med, og begrunnelsen for reglene om helsepersonells dokumentasjonsplikt, og ikke hensynet til den konkrete pasient som skulle vurderes.¹⁴³ Hen-

¹³⁸ Syse (2015) s. 506.

¹³⁹ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 239.

¹⁴⁰ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 239.

¹⁴¹ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 239.

¹⁴² Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 239.

¹⁴³ Statens helsetilsyn, vedtak i klagesak 2008, sak 08/171.

synet bak dokumentasjonsplikten, at helsepersonell skal dokumentere at de har handlet i samsvar med forsvarlighetskravet, måtte etter Helsetilsynets oppfatning også inngå i vurderingen. Andre momenter i vurderingen var hensynet til etterprøvbarehet av helsehjelpen, og hensynet til eventuelle erstatningskrav fra pasienter og pårørende.

I tillegg til vilkåret i hpl. § 43 første ledd om at sletting er ubetenkelig ut fra allmenne hensyn, må ett av to alternative vilkår i hpl. § 43 annet ledd være oppfylt. Etter alternativ nr. 1 må opplysningene være «feilaktige eller misvisende, og føles belastende for den de gjelder». Det er tilstrekkelig at opplysningene er enten feilaktige eller misvisende, og de må i tillegg føles belastende for den opplysningene gjelder. Etter alternativ nr. 2 må opplysningene «åpenbart ikke være nødvendige for å gi pasienten helsehjelp». Informasjon som kan komme til nytte ved fremtidig helsehjelp må ikke slettes. Eksempelvis kan opplysninger om psykiske lidelser virke misvisende og belastende for pasienten, men de kan komme til nytte dersom pasienten senere blir psykisk syk.¹⁴⁴

Vedrørende kravet om at sletting av opplysninger åpenbart ikke må være nødvendige for å gi pasienten helsehjelp jf. hpl. § 43 første ledd nr. 2, uttalte Sivilombudsmannen i sak fra 2006 at det ikke må legges en for streng vurderingsnorm til grunn, og at den eventuelle nytten av de aktuelle opplysningene ikke må fremstå som hypotetisk.¹⁴⁵

10.3 Rett til å klage for samtlige pårørende

Uformell førsteinstansbehandling er begrunnelsen for etablering av klageordning i helselovgivningen, og skal kompensere for den manglende rettssikkerhetsgaranti det utgjør at det er helsearbeidere som treffer avgjørelsene.¹⁴⁶ Rett til å få en beslutning overprøvd er et forvaltningsmessig prinsipp som har stor betydning for rettssikkerheten til den avgjørelsen angår.¹⁴⁷

Ny gjennomgang av saken kan bidra til at feil blir rettet og klager får oppfylt sine rettigheter. Erfaringsmessig har det vist seg at pasienter synes det er vanskelig å klage, først og fremst

¹⁴⁴ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 239.

¹⁴⁵ SOMB-2006-26 (2006 S 114).

¹⁴⁶ Kjønsstad, (2007) s.205.

¹⁴⁷ Ohnstad (2004) s.

fordi de er syke og ikke har overskudd til det, men også fordi det kan være ubehagelig å uttrykke misnøye overfor noen man faktisk er avhengig av.¹⁴⁸ Det er derfor viktig med et formelt klagesystem som gjør det legitimt å uttrykke misnøye.¹⁴⁹

Klageadgang etter pasient- og brukerrettighetsloven reguleres uttømmende i pbrl. kapittel 7. Etter pbrl. § 7-2 første ledd kan «pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt» klage til Fylkesmannen. Klagen må angå ytelser eller tjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven, og gjelde uoppfylte rettigheter.¹⁵⁰

«Representanten» etter pbrl. § 7-2 første ledd er den som har fullmakt til å klage på pasientens vegne, eller samtykkekompetanse etter kapittel 4 jf. pbrl. § 7-2 fjerde ledd. Pasienten velger selv sin fullmektig jf. prinsippet om pasientens selvbestemmelsesrett, og kan gi pårørende fullmakt til å klage. Alle fullmektiger som ikke er advokat skal legge frem skriftlig fullmakt jf. pbrl. § 7-2 fjerde ledd. Kravet om skriftlig fullmakt skal sikre at iverksetting av klagebehandling er i samsvar med pasientens ønsker.¹⁵¹ Saken skal avvises hvis en klage på vegne av en annen er fremmet uten at det er gitt fullmakt.¹⁵²

Nærmeste pårørende kan opptre som representant for pasienten i klagesak hvis de har fått fullmakt fra pasienten eller har samtykkekompetanse etter kapittel 4, jf. pbrl. § 7-2 fjerde ledd. De som faller innenfor kategorien «samtykkekompetanse etter kapittel 4» er foreldre til barn under 16 år jf. pbrl. § 4-4, foreldre til pasienter mellom 16-18 år som ikke har samtykkekompetanse jf. § 4-5, og verger for personer fratatt rettslig handleevne på det personlige plan jf. § 4-7.

I tillegg til bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4 og § 5-1 kan foreldre klage på manglende gjennomføring av barns særlige rettigheter etter kapittel 6, jf. pbrl. § 7-2 første ledd. Dette innebærer at foreldrene kan klage hvis de mener retten til samvær etter pbrl. § 6-2, eller barnets rett til aktivitet i helseinstitusjon jf. pbrl. § 6-3 ikke er overholdt. Barns rett til helse-

¹⁴⁸ Molven (2014) s. 387.

¹⁴⁹ Molven (2014) s. 387.

¹⁵⁰ Statens Helsetilsyn – Internserien 7/2012 s. 25.

¹⁵¹ Prop.91 L (2010-2011) s. 518.

¹⁵² Statens Helsetilsyn - Internserien 7/2012 s. 27.

kontroll jf. pbrl. § 6-1 er ikke nevnt i pbrl. § 7-2, men var tidligere lovfestet i kommunehelse-tjenesteloven.¹⁵³ Det var ikke meningen at rettstilstanden på dette punkt skulle endres ved revisjonen i 2011, slik at klagerett på manglende oppfyllelse av barnets rett til helsekontroll etter pbrl. § 6-1, må anses å være omfattet av § pbrl. 7-2.¹⁵⁴

Når pårørende opptrer som verge for pasienten må, slik jeg ser det, regelen om klage i pbrl. § 7-2 første ledd sees i sammenheng med vergemålsloven. Selv om en pasient er fratatt rettslig handleevne på det personlige området jf. vml. § 22 tredje ledd, skal vedkommende i så stor utstrekning som mulig selv samtykke til helsehjelp jf. pbrl. § 4-7. Hvis pasienten ikke er i stand til å ivareta sine klageinteresser, har vergen kompetanse til å fremsette klage på vegne av pasienten jf. pbrl. § 4-7. Vedtak fra offentlige forvaltningsorganer og enkelte beslutninger innen helse- og sosiallovgivningen kan ligge innenfor det som omfattes av personlige forhold, og det er særlig behov for representasjon overfor det offentlige som skal ivaretas ved fratakelse av handleevnen på det personlige området.¹⁵⁵

Pasienter over 18 år kan opprette fremtidsfullmakt dersom vedkommende har evnen til å forstå fullmaktens betydning jf. vml. § 79. Dette åpner for at pasienten kan utpeke en av sine pårørende som fullmektig. En fremtidsfullmakt kan omfatte personlige forhold, og kan begrenses til å gjelde bestemte områder jf. vml. § 80. Hvis pasienten har gitt pårørende kompetanse på det personlige området i en fremtidsfullmakt, vil vedkommende kunne opptre som representant for pasienten i klagesak.¹⁵⁶

Klageretten i pbrl. § 7-2 første ledd gjelder «tilsvarende for andre som mener de ikke har fått sine selvstendige rettigheter etter kapitlene 3 til 6 oppfylt», jf. pbrl. § 7-2 tredje ledd. Etter ordlyden må vedkommende ha selvstendige rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven. Bestemmelsene gir bare de «nærmeste pårørende» rett til informasjon og innsyn i journal, andre pårørende og slektninger har derfor ikke klagerett etter pbrl. § 7-2.¹⁵⁷ Nærmeste pårørende og foreldre som har rett til informasjon jf. pbrl. §§ 3-3 og 3-4, rett til å samtykke jf. § 4-4 og rett til journalinnsyn jf. § 5-1, kan klage hvis de mener rettigheter etter disse bestemmel-

¹⁵³ Syse (2015) s. 581.

¹⁵⁴ Syse (2015) s. 582.

¹⁵⁵ Ot.prp.nr.110 (2008-2009) s. 179 og 182.

¹⁵⁶ Syse (2015) s. 585.

¹⁵⁷ Statens Helsetilsyn - Internserien 7/2012 s. 29.

sene ikke er overholdt. Selv om det ikke fremgår av ordlyden i pbrl. § 7-2, har pårørende eller omsorgsyter klagerett på vedtak om omsorgslønn eller avlastning etter vergemålsforskriften § 16. Dette er i tråd med tidligere lovgivning og praksis, og det har ikke vært meningen å endre rettstilstanden på dette området i ny lov.¹⁵⁸ Hvis klager får medhold blir det påklagde vedtaket omgjort.¹⁵⁹

Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen, jf. pbrl. § 7-2 første ledd. Krav til klagens form og innhold fremgår av pbrl. § 7-3. Fristen for klage etter pbrl. § 7-2 er fire uker etter at vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en klage, jf. pbrl. § 7-5. Forvaltningsloven gjelder så langt den passer, med de særlige bestemmelser som er gitt i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7 jf. pbrl. § 7-6.

10.4 Klageadgang på vegne av pasienter over 18 år uten samtykkekompetanse

Den som yter helsehjelp har samtykkekompetanse på vegne av personer over 18 år som ikke er samtykkekompetente jf. pbrl. § 4-6 første og annet ledd. Som nevnt i avhandlingens kapittel 7, har pårørende rettslig sett ingen bestemmelsesmyndighet utover det å være en kilde til informasjon ved beslutninger som treffes etter pbrl. § 4-6 annet ledd. Pårørende er ikke gitt rett til å klage på vegne av myndige personer uten samtykkekompetanse etter ordlyden i pbrl. § 7-2 fjerde ledd. En representant kan klage på vegne av pasienten, dersom vedkommende har fått fullmakt, eller har samtykkekompetanse etter reglene i kapittel 4 jf. pbrl. § 7-2 fjerde ledd. I tilfeller hvor helsepersonell er tillagt samtykkekompetanse på vegne av pasienten slik som i pbrl. § 4-6 første og annet ledd, er det vedkommende helsepersonell som har myndighet til å klage på vegne av pasienten etter pbrl. § 7-2.

Det har blitt hevdet at pårørende til myndige pasienter uten samtykkekompetanse i noen tilfeller burde ha klageadgang over beslutninger som er truffet etter pbrl. § 4-6 annet ledd.

Etter henvendelse fra Helsedirektoratet behandlet Helse- og omsorgsdepartementet sak med spørsmål om det var tilsiktet fra lovgivers side at pårørende til myndige uten samtykkekompe-

¹⁵⁸ Statens Helsetilsyn - Internserien 7/2012 s. 29.

¹⁵⁹ Molven (2014) s. 389.

tanse ikke skulle ha selvstendig rett til å anmode om oppfyllelse av rettigheter og klage etter dagjeldende pasientrettighetsloven.¹⁶⁰

Helsedirektoratet hadde i henvendelsen reist spørsmål om hvorvidt endringen i pasientrettighetsloven (da pasientrettighetsloven) § 4-6 annet ledd, som trådte i kraft 1. mai 2008, hadde betydning for pårørendes adgang til å anmode om oppfyllelse av rettigheter på vegne av pasienten etter pasrl. § 7-1, og adgang til å klage på vegne av pasienten etter dagjeldende pasrl. § 7-2.

Selv var Helsedirektoratet av den oppfatning at pårørende burde ha rett til å anmode om oppfyllelse av rettigheter og klage på manglende oppfyllelse også for myndige pasienter uten samtykkekompetanse etter § 4-6 annet ledd, fordi det ville styrke vedkommende pasienters rettssikkerhet.

Helse- og omsorgsdepartementet tok utgangspunkt i ordlyden i pasientrettighetsloven § 7-1 ved sin tolkning av spørsmålet; «Det fremgår klart av ordlyden i pasientrettighetsloven § 7-1 at det i tillegg til pasienten selv kun er pasientens representant som kan anmode om oppfyllelse av rettigheter eller klage. Videre defineres "pasientens representant" som den som har fullmakt eller som har samtykkekompetanse etter kapittel 4».¹⁶¹

Helse- og omsorgsdepartementet la etter dette til grunn at pårørende som ønsker å anmode om oppfyllelse av pasientrettigheter eller klage på vegne av en pasient, enten må ha skriftlig fullmakt eller være verge.

Helse- og omsorgsdepartementet var i utgangspunktet enig i at pårørende er en viktig ressurs og støtte for myndige pasienter uten samtykkekompetanse, men påpekte at det også forekommer situasjoner hvor pårørende setter sine egne interesser foran pasientens preferanser og ønsker. I slike tilfeller mente Helse- og omsorgsdepartementet at det er behov for en større sikkerhet for ivaretagelse av pasientens interesser, og at slik sikkerhet kan være vergestatus eller skriftlig fullmakt.¹⁶²

¹⁶⁰ Helse- og omsorgsdepartementet - 200904099-/ AWG.

¹⁶¹ Helse- og omsorgsdepartementet - 200904099-/ AWG.

¹⁶² Helse- og omsorgsdepartementet - 200904099-/ AWG.

Spørsmålet om pårørende kan ha klagerett på vegne av myndige pasienter uten samtykkekompetanse er også behandlet av Statens Helsetilsyn i «Veileder i behandling av klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven - Internserien 7/2012».

I veilederen vises det til lovendringen i 2008 hvor det ble klargjort at det er helsepersonellet som skal beslutte om helsehjelpen skal gis, jf. pasrl. § 4- 6 (nå pbrl. § 4-6 annet ledd). Statens Helsetilsyn er av den oppfatning at; «reglene om antatt og representativt samtykke til helsehjelpen, tilsier at det eventuelt bare er helsepersonellet som uten skriftlig fullmakt kan klage på vegne av pasienter». Videre påpeker Statens Helsetilsyn at det ikke noe sted er angitt hvorvidt det er tenkt at helsepersonellet i slike situasjoner skal være de eneste som er gitt selvstendig klagerett og kan klage på vegne av pasienten. Etter Statens Helsetilsyns oppfatning er det er «lite sannsynlig at det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen, også på vegne av pasienten vil fremme en klage på mangler ved den helsehjelp som vedkommende selv har besluttet. Det kan derfor stilles spørsmål om ikke nærmeste pårørende også i noen tilfeller kan anses å ha en antatt (presumert) fullmakt fra pasienten/bruker uten skriftlig fullmakt eller bli oppnevnt som hjelpeverge».¹⁶³

I forhold til pasientens rettssikkerhet kan det være betenkelig med en løsning hvor det helsepersonellet som yter helsehjelpen også må fremsette klage på vegne av pasienten. Det kan føre til at klagen ikke blir fremmet fordi det kan stille vedkommende helsepersonell i dårlig lys, eller medføre negative konsekvenser.

Statens Helsetilsyn har kommentert tolkningsuttalelsen til Helse- og omsorgsdepartementet fra 2011 i veilederen og er delvis uenig, fordi det kan bli formalistisk og tungvint å kreve at pårørende alltid skal få mandat som hjelpeverge for å kunne opptre som fullmektig for en pasient uten rettslig handleevne.¹⁶⁴ Statens Helsetilsyn mener det gode grunner for at nærmeste pårørende i noen tilfeller kan anses for å ha en presumert fullmakt, uten at man med dette aksepterer en selvstendig klagerett for pårørende.

Statens Helsetilsyn konkluderer med at det som hovedregel gjelder et krav til skriftlig fullmakt eller hjelpevergemandat, også der pasienten ikke har samtykkekompetanse eller rettslig

¹⁶³ Statens Helsetilsyn - Internserien 7/2012 s. 28.

¹⁶⁴ Statens Helsetilsyn - Internserien 7/2012 s. 28.

handleevne. Imidlertid åpnes det for at det kan legges til grunn presumert fullmakt fra pasienten i enkelte tilfeller, selv om pårørende ikke har fått skriftlig fullmakt eller er oppnevnt som hjelpeverge. Forutsetningen for at en slik presumert fullmakt kan legges til grunn, er at det ikke er holdepunkter eller tvil om noe motsetningsforhold eller interessemotsetning mellom pårørende og pasienten. Dersom det er en minste tvil om slik interessemotsetning, må det kreves at pårørende får oppnevnt hjelpevergemandat for å kunne fremsette en gyldig klage.¹⁶⁵ Det kan ikke legges til grunn et presumert samtykke ved uenighet mellom pårørende.¹⁶⁶

Det overnevnte viser at det er uklart hva som er gjeldende rett vedrørende pårørendes klageadgang på vegne av myndige pasienter uten samtykkekompetanse. Det faktum at tre forskjellige offentlige organer la til grunn en ulik forståelse av loven, kan tyde på at tiden er inne for at lovgiver foretar en oppklaring.

Slik jeg ser det, har nærmeste pårørende som hovedregel ikke klagerett på vegne av myndige pasienter som ikke har samtykkekompetanse. Klagekompetansen ligger i utgangspunktet hos helsepersonell, men i noen tilfeller kan det tenkes tilfeller hvor de nærmeste pårørende kan anses for å ha en presumert fullmakt fra pasienten av hensyn til pasientens rettsikkerhet. Nærmeste pårørende har uttrykkelig lovfestet rett til å anmode vurdering av mulig pliktbrudd på vegne av myndig pasient uten samtykkekompetanse etter pbrl. § 7-4. Adgang til å anmode tilsynet om vurdering av mulig pliktbrudd kan i noen grad avhjelpe manglende klagerett etter pbrl. § 7-2.

Administrativ praksis og uttalelser fra sentrale helsemyndigheter som Helse- og omsorgsdepartementet og Helsetilsynet har relativt liten rettskildemessig vekt. Domstolene vil ikke være bundet av deres uttalelser hvis tilsvarende tolkningsspørsmål kommer opp for retten.¹⁶⁷ Selv om slike forvaltningsorganer ikke har noen lovgivende funksjon, er deres uttalelser og rundskriv som regel i samsvar med gjeldende rett, og har stor betydning for hvordan reglene anvendes i praksis.¹⁶⁸ Hvis uttalelser og rundskriv fra sentrale helsemyndigheter gir uttrykk for

¹⁶⁵ Statens Helsetilsyn - Internserien 7/2012 s. 28.

¹⁶⁶ Statens Helsetilsyn - Internserien 7/2012 s. 28.

¹⁶⁷ Kjønsstad (2007) s. 64.

¹⁶⁸ Kjønsstad (2007) s. 65.

fast, langvarig og utbredt praksis kan de imidlertid tillegges en viss rettskildemessig vekt.¹⁶⁹ Dette ble gjort i Fusa-dommen hvor Høyesterett vektla uttalelser fra Sosialdepartementets hovedrundskriv til lov om sosial omsorg.¹⁷⁰

10.5 Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd

Regelen om anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd i pbrl. § 7-4, var frem til 1. januar 2014 en henvisningsbestemmelse til bestemmelser i helsepersonelloven om adgang til å anmode tilsynsmyndigheten om å vurdere mulig pliktbrudd på helsepersonellovens bestemmelser.¹⁷¹ Pbrl. § 7-4 første ledd ble endret slik at retten til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av mulig pliktbrudd også omfatter brudd på plikter etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven.¹⁷² Endringen skulle gjøre det klart at både individfeil og systemfeil, som dårlig organisering og manglende rutiner er av mulige pliktbrudd som pasient og pårørende kan anmode tilsynet om å vurdere.¹⁷³

Etter pbrl. § 7-4 første ledd kan pasienten, brukeren eller andre som har rett til det, be tilsynsmyndigheten om en vurdering hvis vedkommende mener at bestemmelser om plikter i helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven er «brutt til ulempe for seg eller den hun eller han opptrer på vegne av». Retten til å anmode tilsynet om å vurdere pliktbrudd er i hovedsak en rettighet for pasienten. Pårørende har i utgangspunktet ikke noen selvstendig rett til å representere pasienten i en tilsynssak og få innsyn i saksdokumenter, med mindre vedkommende har fått fullmakt av pasienten, eller har rett til det på vegne av pasienten etter bestemmelsene om samtykke i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4.¹⁷⁴ Tilsvarende gjelder for nærmeste pårørende til avdød pasient eller bruker og for nærmeste pårørende til pasient eller bruker over 18 år uten samtykkekompetanse, jf. pbrl. § 7-4 første ledd annet punktum.

Personer med samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 er foreldre til barn under 16 år jf. pbrl. § 4-4 første ledd, foreldre til barn mellom 16 og 18 år som

¹⁶⁹ Kjønstad (2007) s. 65.

¹⁷⁰ Rt. 1990 s. 874 s. 887.

¹⁷¹ Syse (2015) s. 589.

¹⁷² Prop.100 L (2012-2013) s. 33.

¹⁷³ Prop.100 L (2012-2013) s. 33.

¹⁷⁴ Prop.100 L (2012-2013) s. 24.

ikke har samtykkekompetanse jf. § 4-5 første ledd og verger jf. § 4-7. Nærmeste pårørende til avdød pasient eller pasient over 18 år uten samtykkekompetanse faller ikke under disse kategoriene, og det var tidligere uklart om denne gruppen av pårørende hadde anmodningsrett etter pbrl. § 7-4.¹⁷⁵

Ettersom pårørende i denne gruppen er gitt en særstilling i visse sammenhenger, blant annet rett til å få fremlagt avgjørelse om manglende samtykkekompetanse jf. pbrl. § 4-3 og uttalerett jf. pbrl. § 4-6, ble det klargjort i en egen bestemmelse at også disse har anmodningsrett etter pbrl. § 7-4.¹⁷⁶ Pårørende er som regel berørt av hendelsen og kan bidra med viktig informasjon for tilsynsmyndigheten, og videre er det viktig av hensyn til pårørendes tillit til helse- og omsorgstjenesten og tilsynsordningen.¹⁷⁷

Klager må aktivt ønske en pliktbruddvurdering før saken skal vurderes som dette, og vilkårene for å anmode pliktbruddvurdering må være oppfylt.¹⁷⁸

11 Økt rettighetsvern

Vi har nå sett at nærmeste pårørende har få selvstendige rettigheter de lege lata i pasient- og brukerrettighetsloven og at de fleste rettigheter som «tilkommer» pårørende, er rettigheter som må utøves på vegne av pasienter som mangler samtykkekompetanse, og i pasientens interesse. Det kan vanskelig gis et konkret svar på om pårørende bør få flere rettigheter eller ikke. Flere selvstendige rettigheter for pårørende kan ha gode grunner for seg. En styrket pårørenderolle kan bidra til økt rettssikkerhet for pasienten. Pårørende kjenner som regel til pasientens personlige verdier og preferanser, og er i mange tilfeller godt egnet til å avgjøre hva som er best for pasienten.

Nære pårørende kan imidlertid være farget av betydelig følelsesmessig tilknytning til pasienten. Dette kan medføre en viss fare for at pårørende ikke er i stand til å skille sine egne og pasientens interesser. I noen tilfeller kan det ha som konsekvens at pårørende setter sine egne ønsker over det som i realiteten er til det beste for pasienten.

¹⁷⁵ Prop.100 L (2012-2013) s. 23.

¹⁷⁶ Prop.100 L (2012-2013) s. 23.

¹⁷⁷ Prop.100 L (2012-2013) s. 24.

¹⁷⁸ Statens Helsetilsyn - Internserien 7/2012 s. 33.

Pårørendes innflytelse vedrørende spørsmål om liv og død fikk oppmerksomhet i mediene med Kristina-saken i 2005. Fire år gamle Kristina Hjartåker ble hardt skadet etter en rasulykke i Bergen september 2005. Jenta ble gravd ut fra raset etter 40 minutter. Da hadde allerede hjertet stanset og hun hadde sluttet å puste selv. Gjenopplivning ble satt i gang på stedet, og Kristina ble brakt til Haukeland sykehus. Det ble fortsatt med gjenopplivende behandling og hjertet kom i gang under behandlingen, men Kristina forble avhengig av respirator.

Den 17. november 2005 besluttet legene at gjenopplivende behandling ville være nytteløst og skulle avsluttes, og det var sikkert at Kristina ville dø etter kort tid uten respirator. Faren motsatte seg legenes beslutning og påklaget vedtaket til Helsetilsynet. Helsetilsynet kom til at Haukeland universitetssykehus hadde overholdt sin plikt til å gi forsvarlig helsehjelp og sykehusets beslutning ble stadfestet. Faren gikk til søksmål for å få vedtaket kjent ugyldig, og det ble avsagt kjennelse med avslag på begjæring om midlertidig forføyning i Bergen tingrett 18. januar 2006.¹⁷⁹ Faren påkjærte kjennelsen til lagmannsretten, men partene kom til enighet før behandlingen i Gulating lagmannsrett.

Det er diskutabelt hvor lenge pårørende skal kunne utsette en beslutning om livsforlengende behandling av pasienten. En annen vanskelig problemstilling er grensen for hvor lenge man skal kunne fortsette en behandling som ikke er til barnets beste. I Kristina-saken var faren i stand til å trenere en veloverveid beslutning i strid med det legene hadde kommet til at var forsvarlig, og Kristina ble holdt i live to måneder etter at det ble truffet vedtak om at behandlingen skulle avsluttes. Man vet lite om hvordan Kristina hadde det de to ekstra månedene hun ble holdt i live.

Trisomi 18-saken fra 2007 gjaldt krav om midlertidig forføyning knyttet til spørsmål om å avslutte livsforlengende behandling for en døende noen uker gammel gutt.¹⁸⁰ Gutten ble født med komplett Trisomi 18, en medfødt kromosomfeil, og hadde siden fødselen vært pasient ved Haukeland Universitetssykehus.

Etter forslag fra sykehuset ble Den kliniske etikk komite ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet kontaktet vedrørende spørsmålet om man skulle fortsette livsforlengende behandling.

¹⁷⁹ 06-000665TVI-BBYR/02.

¹⁸⁰ RG-2007-1441.

Komiteen kom med enstemmig uttalelse, og uttalte at Helse Bergen hadde «more than sufficient medical grounds to decide that further life support in the form of manual ventilation should not be given, and indeed is not in the best interest of this child. ... In accordance with the above, we find that it is not ethically acceptable or defensible to continue intermittent bag-mask ventilation until such time as the father recognizes that stopping this is the right thing to do».¹⁸¹

Sykehuset avviste farens ønsker om å fortsette livsforlengende behandling av barnet, og mente det ikke var forsvarlig å fortsette det man mente var nytteløs behandling. Den konkrete behandlingen for en bestemt pasient måtte utelukkende styres av medisinskfaglige og medisinsketiske vurderinger etter Helse Bergen HF sin oppfatning. At det var til barnets beste å avslutte livsforlengende behandling ble ikke anført som argument for at beslutningen var forsvarlig.

Retten vurderte heller ikke om beslutningen var til barnets beste, men uttalte at den var i tråd med nasjonalt og internasjonalt innarbeidede anbefalinger, og utelukkende basert på hva som medisinskfaglig og etisk kunne forsvares. Det ble imidlertid konstatert at retten hadde tatt tilbørlig hensyn til barnets interesser.

De to sakene viser at det kan være vanskelig for de nærmeste pårørende å forstå at det som er best for pasienten, ikke nødvendigvis er sammenfallende med deres egne ønsker og håp for pasienten.

Økt pårørendemakt kan ha som konsekvens at de nærmeste pårørende pålegges for stort eller for byrdefullt ansvar.

I kronikken «En fars død» skrevet av Ketil Bjørnstad, publisert i Aftenposten 12. januar 2012, forteller Bjørnstad om hvordan han og broren fikk ansvaret for å ta alle valg på vegne av faren, til tross for at faren var åndsfrisk. Bjørnstad beskriver farens siste stund på sykehjem som en forferdelig tid. De ansvarlige på sykehjemmet kuttet all næringstilførsel, og forsikret de pårørende om at dette var den eneste naturlige måten å dø. Bjørnstad beskriver det hele som

¹⁸¹ RG-2007-1441.

en seigpining på nært hold, og hadde vanskelig for å forstå hvorfor faren måtte tørste og sulte til døde som en stilltiende overenskomst mellom helsepersonalet og de pårørende.¹⁸²

Dagens rettstilstand er etter mitt syn ikke optimal. Bestemmelser som regulerer nærmeste pårørendes rettigheter og oppgaver er spredt rundt i ulike lover og forskrifter. Det kan gjøre det vanskelig for pårørende å finne frem til lovregler som angår dem. Det kan være vanskelig for pårørende som har flere ulike roller i forhold til pasienten; som verge, som den nærmeste pårørende, som representant for pasienten og som foreldre til barn. Bedre samsvar mellom de ulike lovene som gir føringer for hvordan pårørende skal utføre sine oppgaver og plikter, kan gjøre det enklere for pårørende å ivareta pasientens, og sine egne interesser. Selv om pårørende ikke nødvendigvis bør få flere selvstendige rettigheter, eller økt makt, tror jeg at en opprydning av regelverket ville gagnet både pårørende, og helsepersonell som skal anvende reglene i praksis.

¹⁸² <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/En-fars-dod-6739833.html>

Litteraturliste

Lovsregister:

1814	Kongeriket Noregs Grunnlov av 17. mai 1814.
1973	Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m. [transplantasjonsloven] av 9. februar 1973 nr. 6.
1981	Lov om barn og foreldre (barnelova) av 8. april 1981 nr. 7.
1994	Lov om vern mot smittsomme sykdommer [smittevernloven] av 5. august 1994 nr. 55.
1998	Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) av 17. Juli 1998 nr. 61.
1999	Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 2. juli 1999 nr. 62.
1999	Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64.
1999	Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. Juli 1999 nr. 63.
1999	Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. Juli 1999 nr. 61.
1999	Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) av 21. mai 1999 nr. 30.
2001	Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) av 15. Juni 2001 nr. 53.
2010	Lov om vergemål (vergemålsloven) av 26. mars 2010 nr. 9.

Forskrifter:

2000	Forskrift av 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon.
2003	Forskrift til vergemålsloven (vergemålsforskriften) av 15. februar 2003.
2004	Forskrift av 19. Mars 2004 nr. 542 om obduksjon m.m.

Forarbeider:

NOU 1993:33	Helsepersonells rettigheter og plikter Utkast til lov med motiver.
Ot.prp.nr.110 (2008-2009)	Om lov om vergemål (vergemålsloven).
Ot.prp.nr.12 (1998-1999)	Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
Ot.prp.nr.13 (1998-1999)	Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven).
Ot.prp.nr.45 (2002-2003)	Om lov om endring i menneskerettsloven mv. (innarbeiding av barnekonvensjonen i norsk lov)
Ot.prp.nr.62 (1979-1980)	Om lov om barn og foreldre (barneloven)
Prop.100 L (2012-2013)	Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.(styrking av pasienters, brukeres og pårørendes stilling m.m.).
Prop.91 L (2010-2011)	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Traktater:

1989, FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989.

Rettsavgjørelser:

Rt. 1977 s. 1033 (Sykejournal-dommen)

Rt. 1990 s. 874 (Fusa-dommen)

RG 2007 s.1441 (Trisomi 18-saken)

06-000665TVI-BBYR/02, Bergen tingretts kjennelse av 18. Januar 2006.

Rundskriv:

Helsedirektoratets rundskriv IS-2012-8.

Bøker:

Bahus, Marianne K., Beslutningsprosessen ved liv/død-avgjørelser, Det medisinske fakultet Universitetet i Oslo, 2014.

Bøckmann, Kari og Kjellekvold, Alice, Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring, Fagbokforlaget, Bergen 2010.

Herring, Jonathan, Medical law and ethics 5th edition, Oxford University press 2014.

Kjønstad, Asbjørn, Helserett – pasienters og helsearbeideres rettsstilling, 2. utgave, 1. opplag, Gyldendal Akademisk, 2007.

Molven, Olav, Helse og jus, 7. utgave, 2. Opplag, Gyldendal Juridisk, 2014.

Ohnstad, Bente, Rettigheter og plikter ett ny helselovgivning, Fagbokforlaget, Bergen 2002.

Syse, Aslak, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, 4. Reviderte utgave, Gyldendal Juridisk, 2015.

Aasen, Henriette Sinding, Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling, Bergen, Fagbokforlaget, 2000.

Artikler:

Syse, Aslak, FAB 2014-3, Barns rett til medvirkning på helserettens område.

Aasen, Henriette Sinding, FAB 2008-1, Barns rett til selvbestemmelse og medbestemmelse i beslutninger om helsehjelp.

Offentlige veiledere:

Helsedirektoratet, Beslutningsprosesser ved begrensnig av livsforlengende behandling, IS-2091, 04/2009, rev 07/2013.

Helsedirektoratet, Pårørende – en ressurs, Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester, 2008

Statens helsetilsyn, Veileder i behandling av klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven – Internserien 7/2012

Tolkningsuttalelser:

Helse- og omsorgsdepartementet, 22. desember 2011, ref. 200904099-/ AWG.

Helsedirektoratet, 18. september 2007.

Sivilombudsmannens årsmelding. Referat av saker, SOMB-2006-26 (2006 S 114), Sletting av opplysninger i pasientjournal.

Statens helsetilsyns vedtak i klagesak, sak 08/171.

Kronikk:

Bjørnstad, Kjetil, En fars død, Aftenposten, 12.jan. 2012.

<http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/En-fars-dod-6739833.html>

Nettsider:

<http://vergemaal.no>

<https://helsedirektoratet.no>

<https://helsenorge.no/parorende/a-vare-parorende>

<https://www.helsetilsynet.no>

<https://www.sivilombudsmannen.no>